



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO
CUIDADO DE ENFERMAGEM
MODALIDADE MESTRADO PROFISSIONAL**

Juliana Escandiel

**Sistematização da Assistência de Enfermagem para pessoas com deficiência intelectual
em processo de envelhecimento**

Florianópolis
2020

Juliana Escandiel

**Sistematização da Assistência de Enfermagem para pessoas com deficiência intelectual
em processo de envelhecimento**

Dissertação apresentada a banca examinadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado de Enfermagem, modalidade Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção de Título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado de Enfermagem

Orientadora: Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi

Florianópolis
2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Escandiel, Juliana

Sistematização da Assistência de Enfermagem para pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento / Juliana Escandiel ; orientador, Juliana Balbinot Reis Girondi, 2020.

132 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Deficiência intelectual . 3. Idoso. 4. Sistematização da Assistência de Enfermagem. 5. Processo de Enfermagem. I. Girondi, Juliana Balbinot Reis . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem. III. Título.

Juliana Escandiel

**Sistematização da Assistência de Enfermagem para pessoas com deficiência intelectual
em processo de envelhecimento**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca
examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Luciara Fabiane Sebold, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Adriana Dutra Tholl, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Profa. Dra. Jane Cristina Anders
Coordenadora do Programa

Profa. Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi
Orientador(a)

Florianópolis, 19 de fevereiro de 2020.

“É tentando o impossível que se chega a realização do possível”

Henri Barbusse

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de sabedoria inesgotável que sempre me amparou nos momentos de angústia e solidão.

Aos meus pais José e Terezinha já falecidos, por tudo que sou e o que me ensinaram.

Ao meu amado filho Rafael pelas palavras de incentivo e por ser esse garoto tranquilo e sempre paciente em vários momentos em que tive que permanecer ausente no decorrer do período. Te amo filho!!!

Ao meu esposo Adriano pelo amor, companheirismo, por me escutar nos meus momentos de angústia e incertezas. Por tudo que já passamos e vamos passar juntos. Meu muito obrigado. Você é realmente sensacional. Te amo!!!

A minha grande amiga Ana Inêz, pela sua amizade incondicional desde a faculdade. Amiga obrigada por estar presente em minha vida!!!

A minha amiga Karine que muitas vezes sacrificou seu período de descanso para fazer as trocas nos horários de trabalho para que eu pudesse frequentar as aulas. Obrigada você é especial!!!

Amigas que o mestrado me deu, Daniela, Ivana e Rosangela, pessoas incríveis sempre prontas a me ajudar nos momentos que precisei. Obrigada amigas!!!!

À minha orientadora, professora Dra. Juliana, que me acolheu tão bem e que, apesar de todas as minhas dificuldades, acreditou em mim.

A toda a equipe de profissionais da Fundação Catarinense de Educação Especial, pessoas que acreditaram no meu sonho, que sonharam comigo e que estiveram ao meu lado do início ao fim desta jornada.

Aos usuários da instituição e seus familiares minha gratidão pelos ensinamentos que tenho todos os dias, sobre viver.

Ao Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e aos demais Professores, meu muito obrigado!!!

Ao grupo de pesquisa GESPI, agradeço pela troca de experiências vivenciadas.

Aos membros da banca examinadora, pelas contribuições que engrandeceram meu trabalho.

E a todos que de alguma forma contribuíram para a finalização dessa jornada.

RESUMO

Os cuidados voltados à pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento podem ser organizados pelo enfermeiro e desempenhados pela equipe de enfermagem por meio da implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, tendo como metodologia de trabalho, o Processo de Enfermagem que orienta e qualifica o cuidado profissional de Enfermagem. Essa pesquisa objetivou elaborar e validar uma proposta de Processo de Enfermagem para a Sistematização da Assistência de Enfermagem para pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento. A Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta, conferiu suporte teórico a este estudo, onde todas as fases do processo de enfermagem foram pautadas de acordo com resolução do Conselho Federal de Enfermagem. Dessa forma foi realizado um estudo para elaboração e validação de conteúdo referente à construção do processo de enfermagem para o cuidado à pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento, criando uma tecnologia assistencial. Para tal realizou-se uma revisão integrativa no intuito de elencar estudos científicos para estruturar o Processo de Enfermagem. Para subsidiar essa construção houve necessidade de realização de revisão narrativa para formação do arcabouço teórico. Na segunda etapa metodológica realizou-se a validação de conteúdo do Processo de Enfermagem construído por *experts* nesta área de conhecimento. A coleta de dados aconteceu por meio de formulário disponível no *Google Forms*. Participaram da pesquisa enfermeiros *experts* que possuem experiência, de no mínimo dois anos na área de ensino/pesquisa ou enfermeiros com no mínimo seis meses de atuação na assistência às pessoas com deficiência intelectual. Foram avaliados no instrumento: objetividade, pertinência, precisão da redação de conteúdo e exequibilidade mediante Escala *Likert* para registro da avaliação. Para análise de dados foi empregado o Índice de Validade de Conteúdo considerando o índice de confiança de 80%. Como produto dessa dissertação obteve-se um Processo de Enfermagem para pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento composto por: Histórico de Enfermagem (contendo informações sócio demográficas e dados relativos às condições sociais de moradia, comorbidades e tipo de deficiência); Diagnósticos de enfermagem conforme a NANDA-I elencados em consonância à experiência da pesquisadora e revisão narrativa; intervenções de enfermagem com base na *Nursing Intervention Classification* e os resultados esperados elencados de acordo com os diagnósticos, as intervenções, com sustentação teórica da *Nursing Outcomes Classification*. Concluiu-se que o roteiro do processo de enfermagem elaborado neste estudo é representativo e válido para a compreensão do cotidiano das pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento, contribuindo para uma assistência de enfermagem qualificada e segura, de acordo com as necessidades específicas desta clientela.

Palavras-chave: Deficiência intelectual. Envelhecimento. Idoso. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Processo de Enfermagem.

ABSTRACT

The care aimed at the person with intellectual disability in the aging process can be organized by the nurse and performed by the nursing team through the implementation and implementation of the Nursing Care Systematization, having as a work methodology, the Nursing Process that guides and qualifies professional nursing care. This research aimed to elaborate and validate a proposal for a Nursing Process for the Systemization of Nursing Assistance for people with intellectual disabilities in the aging process. The Theory of Basic Human Needs, by Wanda de Aguiar Horta, gave theoretical support to this study, where all phases of the nursing process were guided according to the resolution of the Federal Nursing Council. Thus, a study was carried out to elaborate and validate content related to the construction of the nursing process for the care of people with intellectual disabilities in the aging process, creating an assistive technology. For this purpose, an integrative review was carried out in order to list scientific studies to structure the Nursing Process. In order to support this construction, it was necessary to carry out a narrative review to form the theoretical framework. In the second methodological stage, the content validation of the Nursing Process built by experts in this area of knowledge was validated. Data collection took place using a form available on Google Forms. Expert nurses who have experience of at least two years in the teaching / research area or nurses with at least six months of experience in assisting people with intellectual disabilities participated in the research. The following instruments were evaluated: objectivity, relevance, accuracy of content writing and feasibility using the Likert Scale to record the evaluation. For data analysis, the Content Validity Index was used considering the 80% confidence index. As a product of this dissertation, a Nursing Process was obtained for people with intellectual disabilities in an aging process composed of: Nursing History (containing socio-demographic information and data on social housing conditions, comorbidities and type of disability); Nursing diagnoses according to NANDA-I listed in line with the researcher's experience and narrative review; nursing interventions based on the Nursing Intervention Classification and the expected results listed according to the diagnoses, the interventions, with theoretical support from the Nursing Outcomes Classification. It was concluded that the script of the nursing process elaborated in this study is representative and valid for understanding the daily lives of people with intellectual disabilities in the aging process, contributing to a qualified and safe nursing care, according to the specific needs of this clientele.

Keywords: Intellectual disability. Aging. Old man. Systematization of Nursing Care. Nursing Process.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CCR	Centro Catarinense de Reabilitação
CEVI	Centro de Educação e Vivência
CINAHL	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
FCEE	Fundação Catarinense de Educação Especial
DI	Deficiência Intelectual
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
IVC	Cálculo do Índice de Validade de Conteúdo
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Base de Dados da Literatura Internacional da área Médica e Biomédica
NANDA-I	Classificação Diagnóstica da NANDA International
NHB	Necessidades Humanas Básicas
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PE	Processo de Enfermagem
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RI	Revisão Integrativa
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de compromisso Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	OBJETIVOS	18
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1	DEFICIÊNCIAS INTELECTUAIS.....	19
2.2	A PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	21
2.3	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E O PROCESSO DE ENFERMAGEM	24
3	REFERENCIAL TEÓRICO	31
4	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	36
4.1	TIPO DO ESTUDO	36
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	37
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	38
4.4	COLETA DE DADOS	39
4.4.1	Primeira fase do estudo.....	39
4.4.2	Segunda fase do estudo.....	40
4.4.3	Terceira fase do estudo.....	42
4.5	ANÁLISES DOS DADOS.....	44
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	45
5	RESULTADOS	46
5.1	MANUSCRITO 1 - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: REVISÃO INTEGRATIVA	48
5.2	MANUSCRITO 2 – CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	69
6	PRODUTO - CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	94
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
	REFERÊNCIAS.....	111

APÊNDICE A – Protocolo de revisão integrativa	120
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre d Esclarecido (TCLE).....	126
ANEXO A – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética	129

1 INTRODUÇÃO

O processo do envelhecimento envolve transformações biológicas inerentes a esse processo que ocorrem gradativamente e configuram aspectos específicos da evolução humana, e que podem, com o passar do tempo, limitar os indivíduos para as atividades da vida diária, realidade esta que se expressa com mais força a cada dia, sendo assim ele vem constituindo-se uma preocupação emergente para inúmeros países (ESQUENAZI; SILVA; GUIMARÃES, 2014).

O Brasil é um país com grande destaque no rol do envelhecimento, constituindo-se com população de aproximadamente 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos, desta forma estima-se que em 2025, o Brasil ocupe o quinto lugar entre os países com maior número de idosos. A população idosa é a que mais vem crescendo caracterizando o país como envelhecido, fomentando assim a necessidade de nova reestruturação no seu contexto econômico e social (UNFPA, 2012).

Autores como Camarano e Kanso (2010) enfatizam que o envelhecimento da população está ocorrendo tanto biologicamente quanto socialmente, mas que a sua principal alteração está no contexto familiar necessitando de atenção para com essas famílias. O envelhecimento é um processo natural, bastante dinâmico e possui muitas formas de apresentação (GIRARDI; PORTELLA; COLUSSI, 2012). Quando associada à deficiência, requer ainda mais atenção devido à especificidade do indivíduo.

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014) define o envelhecimento como processo de modificações biológicas, psicológicas e sociais. A pessoa idosa com deficiência intelectual vivencia igualmente esse processo, mas com a peculiaridade da precocidade e de maior fragilidade, pois apresentam somadamente as limitações no funcionamento intelectual e nas habilidades adaptativas práticas e sociais.

Há que se considerar, ainda, os percentuais de crescimento da população muito idosa (80 anos e mais), que vem crescendo muito em relação à natalidade, o que demonstra a maior longevidade da população. No entanto, a certeza do crescimento desse segmento populacional está sendo acompanhada pela incerteza das condições de cuidados colocando-os em condições de vulnerabilidade (GALLETI, 2014).

Oliveira (2013) afirma que o perfil demográfico vem mudando em razão das melhorias na saúde pública, dados esses obtidos por meio de estudos realizados que demonstraram redução da mortalidade infantil e aumento da longevidade em detrimento do tratamento de doenças comuns em pessoas idosas.

Nessa perspectiva, observa-se que o fenômeno do envelhecimento tem repercutido no aumento da expectativa de vida também das pessoas com deficiência. Essa realidade, relativamente recente, se apresenta como desafio no que se refere à disposição de recursos e estruturas adequadas dirigidas à qualidade de vida e à saúde dessas pessoas.

São consideradas pessoas com deficiência, aquelas que apresentam impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que quando somadas às barreiras apresentadas na sociedade, podem ter sua participação na vida social limitada, quando comparada aos demais indivíduos (WHO, 2012). Ainda, a Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza no relatório mundial sobre a deficiência, que cerca de um bilhão de pessoas possuem alguma forma de deficiência no mundo, e reforça ainda que, 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis. Isso quer dizer que 10% da população em geral possui algum tipo de deficiência, seja auditiva, visual, física e intelectual (WHO, 2012).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013) estimou que das 200,6 milhões de pessoas residentes em domicílios permanentes em 2013, 6,2 % possuía pelo menos um dentre os quatro tipos de deficiências. A Deficiência Intelectual (DI) apresenta uma prevalência de 0,8 % sendo que 0,5 % da população já possuía DI desde o nascimento e 0,3 % adquiriu devido a doenças ou a acidentes. As pessoas de 60 anos ou mais de idade apresentaram as maiores proporções de deficiência intelectual adquirida por doença ou acidente (0,8%) e 30,4% frequente algum serviço de reabilitação em saúde.

No Brasil, os dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no censo de 2010, ao mostrar os indicadores quanto à proporção do público em processo de envelhecimento associado a alguma deficiência, revela que 24% da população brasileira (45 milhões de pessoas) apresenta alguma deficiência; destes, 1.617.025 são pessoas com deficiência intelectual e 2,9% desses indivíduos estão com mais de 65 anos. Esse valor representa aumento de 10% em relação ao total da população brasileira nos últimos 10 anos.

No Estado de Santa Catarina, o IBGE por meio do censo de 2010, mostrou que mais de um milhão de pessoas apresentavam algum tipo de deficiência, configurando um percentual de 21,31% da população, com ênfase para 72.216 pessoas com deficiência intelectual, ou seja, 1,16% da população do estado.

De acordo com Portella e colaboradores (2015), a população de pessoas declaradas deficientes, especificamente as com deficiência intelectual, demonstra significativo aumento na expectativa de vida. Enfatiza-se então, a importância da igualdade social enquanto processo de envelhecimento e estudos nessa área, pois cabe salientar que o Brasil é um país

que está envelhecendo e que as pessoas com deficiência, também são fenômeno relativamente recente na história brasileira configurando a necessidade de desenvolvimento de novas políticas públicas para viabilizar condições de inclusão social (PORTELLA *et al.*, 2015).

Segundo Carvalho (2016), a deficiência intelectual se origina antes dos 18 anos de idade. O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) define a deficiência intelectual, também como transtorno do desenvolvimento intelectual, como:

déficit em capacidades mentais genéricas, como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência. Os déficits resultam em prejuízos no funcionamento adaptativo, de modo que o indivíduo não consegue atingir padrões de independência pessoal e responsabilidade social em um ou mais aspectos da vida diária, incluindo comunicação, participação social, funcionamento acadêmico ou profissional e independência pessoal em casa ou na comunidade (DSM-5-2014, p. 37).

Segundo informações contidas em pesquisa realizada pela Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de São Paulo, na última década houve aumento de 20 anos na expectativa de vida das pessoas com deficiência intelectual, passando de 35 para 55 anos. No mesmo período, a expectativa de vida da população total aumentou em apenas dois anos (MARIN *et al.*, 2013). Bonatelli (2015) destaca que o processo de envelhecimento do indivíduo deficiente começa em muitos casos a partir dos 30 ou 40 anos, demonstrando precocemente a necessidade de cuidados específicos direcionados a esta população que vem avançando gradualmente a expectativa de vida.

Oliveira (2013) afirma que a dependência e a necessidade de ajuda são mutuas e é indispensável às atividades primordiais da vida. Não é só a incapacidade que cria a noção de dependência, mas a dualidade da incapacitação e da necessidade de auxílio. A independência não pode ser caracterizada como fixa, mas sim como processo evolutivo podendo ser modificada ou até prevenida em inúmeros casos.

O curso de Envelhecimento e Deficiência Intelectual – desafios e perspectivas em uma abordagem interdisciplinar, da Universidade da Rede APAE entende que o envelhecimento das pessoas com deficiência intelectual é acompanhado por diversas perdas funcionais e alto índice de demenciação (BRAGA, 2011). De acordo com essa caracterização, o Ministério da Saúde institui à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, através da Portaria nº 793/2012, que visa a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua. Busca-se melhorar o acesso às portas de entrada do sistema de saúde e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência a fim de desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências nas fases pré e pós-natal, infância,

adolescência e vida adulta. Saliencia a atenção integral e contínua dessas pessoas, estabelecendo fluxos e práticas de cuidado coordenado e articulado entre as três esferas de governo nos diferentes pontos de atenção da rede de cuidados às pessoas com deficiência em cada território (BRASIL, 2012).

Além disso, Carvalho (2016) em seu estudo reforça a necessidade de transformações sobre a compreensão da deficiência intelectual em relação às perspectivas socioeconômicas, tendo como características novos modelos, conceitos, atualizações teóricas e metodológicas capazes de sistematizar e fundamentar as práticas de intervenção a esse público.

Para Pereira e outros autores (2012) toda perspectiva voltada à deficiência necessita de um atendimento humanizado, pois envolve indivíduos e família que requerem dos profissionais habilidades e competências a serem avaliadas em um atendimento de qualidade. Nessa perspectiva de cuidado, os autores salientam que a equipe de enfermagem tem papel fundamental como integrante da equipe multidisciplinar, se fazendo necessária diante da intensidade dos cuidados requeridos por pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento. Sendo assim, o enfermeiro participa como articulador fomentando as ações e o desenvolvimento de competências profissionais capazes de auxiliar na prevenção, promoção, recuperação e reabilitação desse público com vistas à prestação de um cuidado inclusivo (PAGLIUCA, 2012).

Os cuidados específicos e gerais voltados à pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento podem ser organizados pelo enfermeiro e desempenhados pela equipe por meio da implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), como uma metodologia de trabalho que orienta o cuidado profissional de Enfermagem. Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (2009, p. 1):

A sistematização da assistência de enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem; o processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional; a operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem evidenciam a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional; quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem.

Gutiérrez e Morais (2017) afirmam que a SAE se configura uma metodologia para estruturar e sistematizar as intervenções de enfermagem, com base em princípios científicos. Tem como objetivo organizar o trabalho profissional identificando, as situações de saúde-

doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

A principal representação da atividade profissional da enfermagem é a SAE, por ser atividade privativa do enfermeiro, que qualifica e humaniza a assistência de enfermagem de forma científica, valorizando a atuação profissional e direciona os profissionais a refletir sobre sua conduta (CAMPOS; ROSA; GONZAGA, 2017). Com vistas a essa conceituação é que implantação da SAE se torna a principal ferramenta de trabalho profissional, tendo suas etapas definidas como Processo de Enfermagem (PE).

Com aplicação das fases do PE é possível ter o direcionamento das ações inter-relacionadas e fundamentadas em métodos científicos e teorias de enfermagem.

O processo de enfermagem envolve uma sequência de etapas específicas (obtenção de informações multidimensionais sobre o estado de saúde, identificação das condições que requerem intervenções de enfermagem, planejamento das intervenções necessárias, implementação e avaliação das ações), com a finalidade de prestar atendimento profissional ao cliente, seja ele indivíduo, família ou comunidade, de forma a considerar suas singularidades e de modo ampliado. Requer bases teóricas do campo da Enfermagem e de fora dela. Podemos dizer que se trata da expressão do método clínico para os profissionais enfermeiros (CARVALHO; BACHION, 2009, p. 466).

As pessoas com deficiência em processo de envelhecimento necessitam de uma atenção especializada formada por ações direcionadas, estas podem ser estabelecidas a partir da aplicação do PE, um instrumento capaz de identificar, auxiliar e minimizar os riscos inerentes à saúde dos mesmos. Em função disso, acredita-se que a presença do enfermeiro em ambientes que prestem cuidados a essas pessoas, possa contribuir para a diminuição do sofrimento, bem como na melhoria da qualidade de vida, sendo assim, opta-se por iniciar o processo na Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE).

Apesar de contar com equipe multidisciplinar incluindo o enfermeiro e técnicos de Enfermagem a FCEE ainda não conseguiu implementar nas suas atividades a SAE, abrindo oportunidade para que este estudo se concretize.

Após pesquisa bibliográfica e busca em alguns sítios eletrônicos das instituições públicas e organizações da sociedade civil brasileira que prestam atendimento ao indivíduo com deficiência, observou-se que a SAE ainda não é contemplada nesses ambientes. Doravante acredita-se que a elaboração da SAE para as instituições que atendem pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento proporcionará o aperfeiçoamento do trabalho e contribuirá de forma mais significativa para qualidade da assistência, produção de

conhecimento e a educação em saúde, tendo como beneficiário final o indivíduo, sua família e a comunidade.

A contribuição no julgamento de valor deste trabalho será apresentar a importância da SAE e sugerir um roteiro para aplicação do PE para pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento elaborado para ser implementado na FCEE. Desse modo, a pesquisa visa responder à pergunta: Quais os conteúdos, na opinião dos experts, devem compor um roteiro para o Processo de Enfermagem para pessoas em processo de envelhecimento com deficiência intelectual?

Endossa a necessidade deste estudo a exigência do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que a partir da Resolução 358/2009, determina a implementação da SAE e do PE em ambientes públicos ou privados que prestem cuidados de saúde, devendo ser realizados pelo profissional de Enfermagem.

O interesse pela temática emergiu de um trabalho de seis anos dentro de uma instituição de educação especial em um centro de convivência para pessoas com inúmeras deficiências, vistas como incapazes de produzir na sociedade sendo encaminhadas a este centro somente para manutenção de atividades de vida diária e socialização. Durante esse período foram exercidas atividades assistenciais pertinentes às necessidades dessas pessoas. Insistentemente, durante todo o período de atuação na instituição, foram buscadas ferramentas que permitissem olhar o processo de trabalho e identificar o modo como a assistência estava sendo produzida junto à pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento.

Nesse ambiente de convivência com outros profissionais da área, surgiu a ideia deste estudo, resultante da constatação e da preocupação com a inexistência de uma metodologia institucionalizada, que pudesse contribuir significativamente para a qualidade da assistência prestada. Embora se reconheça que nas ações da equipe de enfermagem, permeia um método de trabalho, este ainda fica à mercê da formação e das crenças de cada um, tornando o fazer dos profissionais, muitas vezes, ‘invisível’.

Sendo assim ao ingressar no Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) dediquei-me a buscar conhecimentos que me auxiliassem a transformar a nossa realidade prática em ato dotado de conhecimento científico fortalecendo a profissão Enfermagem dentre as outras profissões.

Salienta-se ainda, que a SAE por meio do PE, poderá contribuir de forma satisfatória aos cuidados prestados pela equipe frente às necessidades e grau de dependência, com foco na identificação de vários fatores de vulnerabilidade no processo de envelhecimento dos

mesmos, sendo assim, a Enfermagem poderá, através da sistematização, prestar um cuidado seguro e de melhor qualidade tendo em vista a implementação das etapas do PE.

Com a necessidade de expandir a área de atuação do enfermeiro, pela demanda dos usuários e por acreditar que se pode contribuir na melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento é que a Enfermagem pode desenvolver um importante papel na promoção, prevenção e reabilitação da saúde dessa população. Por meio da educação, constroem-se cidadãos e a educação em saúde é uma das ferramentas que a enfermagem dispõe para auxiliar essas pessoas a tornarem-se indivíduos mais ativos na construção de sua vida e de sua independência de acordo com o seu grau de funcionalidade (ADAMY *et al.*, 2013). Essa educação em saúde deve ser ferramenta propulsora do cuidado de enfermagem a essas pessoas e suas famílias.

Neste estudo desenvolveu-se um produto: o PE voltado para pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento atendidos numa instituição de educação especial, sendo que o produto poderá auxiliar no desenvolvimento de um projeto-piloto para implantação da SAE para pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento atendidas na referida instituição.

Este estudo está vinculado ao macroprojeto “A rede de atenção à saúde e de suporte social à pessoa idosa com deficiência na grande Florianópolis e as tecnologias de cuidado” e também ao Grupo de Estudos sobre Cuidados em Saúde de Pessoas Idosas (GESPI).

1.1 OBJETIVOS

Elaborar uma proposta de Processo de Enfermagem para a Sistematização da Assistência de Enfermagem às pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento.

Validação com enfermeiros *experts* do conteúdo da proposta de Processo de Enfermagem para as pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Realizou-se revisão narrativa de literatura, a fim de conhecer as produções científicas desenvolvidas nessa temática e identificar algumas lacunas de conhecimento. Para Botelho (2011) a revisão narrativa da literatura baseia-se basicamente na análise e interpretação do pesquisador sobre o assunto abordado, não tendo como foco a metodologia em questão para a busca dessas informações.

Foram realizadas buscas em livros, manuais, políticas públicas e bases de dados científicas. O período de busca foi de março de 2017 a 2019 utilizando-se Bases de Dados Eletrônicas, como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS, MEDLINE, IBECs e SciELO, recorrendo-se aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e palavras-chaves: Deficiência intelectual, envelhecimento, idoso, equipe de Enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Processo de Enfermagem. Para este momento, não foi utilizado nenhum filtro de temporalidade.

2.1 DEFICIÊNCIAS INTELECTUAIS

No Brasil, a Lei 13.146 de 2015 institui o Estatuto da Pessoa com Deficiência, legislação que define termos necessários a garantir os direitos dos indivíduos com deficiência. Define a deficiência como: física, mental, intelectual ou sensorial, a qual pode causar impedimento, em interação com uma ou mais barreiras, podendo dificultar sua participação na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

A deficiência intelectual, tema que será abordado ao longo desta pesquisa, se caracteriza como uma das classificações de deficiência e foi um dos conceitos que mais repercutiu nas discussões ao longo da história. Até meados do século XIX, a deficiência intelectual, era considerada como demência, uma doença mental de base orgânica. Era uma questão privada, de responsabilidade única das famílias, que dela tratavam de acordo com suas crenças religiosas e culturais e de acordo com suas possibilidades sociais e econômicas. Era também explicada com base no sobrenatural, permeada de mitos e preconceitos, levando muitos indivíduos a serem privados da vivência social. A partir dessa época, teorias darwinistas passaram a nortear estudos educacionais e terapêuticos, que colaboraram para o entendimento da natureza da deficiência intelectual, dos seus determinantes e de suas distinções em relação às doenças mentais (SIQUEIRA, 2011).

A definição trazida pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência é a de “uma limitação de natureza física, intelectual ou sensorial”, limitações que são acompanhadas por barreiras que

dificultam a participação social em contextos sociais, culturais e econômicos (BRASIL, 2007, p. 33).

Visando amenizar essas limitações, a convenção sobre os direitos da pessoa com deficiência (BRASIL, 2007, p.48) enfatiza que:

discriminação por motivo de deficiência significa qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nas esferas política, econômica, social, cultural, civil ou qualquer outra. A fim de possibilitar às pessoas com deficiência viver com autonomia e participar plenamente de todos os aspectos da vida criou-se em dezembro de 2000 a lei Nº 10.098 estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Deficiência intelectual (DI) é o resultado do funcionamento intelectual inferior à média, que aparece antes dos 18 anos, acompanhado de barreiras no funcionamento adaptativo em, pelo menos, duas das seguintes áreas: comunicação, autocuidado, vida doméstica, relações sociais/ interpessoais, uso de recursos comunitários, autossuficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança (TOMAZ *et al.*, 2016).

As alterações de desempenho cerebral que originam a deficiência mental estão relacionadas a fatores genéticos, distúrbios na gestação, problemas no parto ou problemas após o nascimento. Mas para os pesquisadores, na grande parte dos casos estudados essa alteração não tem uma causa conhecida ou específica. Muitas vezes, não se chega a um diagnóstico preciso sobre qual a origem da deficiência (APAE, 2018).

Para Aldrigue, Sousa e Santos (2015), a deficiência intelectual deve ser analisada como uma interação entre funcionamento intelectual e suas relações com o contexto social, com isso, as limitações passam a ser compreendidas como parte do contexto social, ressaltando-se a importância da oferta de apoio às pessoas para seu melhor funcionamento.

Conhecer a deficiência e compreender o contexto em que está inserida é fundamental para conduzir os apoios necessários que estimulem a autonomia da pessoa com deficiência (MOTA, 2015). Em muitos casos, a deficiência vem associada, o que traz ainda mais limites ao indivíduo e exige mais atenção e esforço em conhecer os limites e possibilidades por traz da deficiência múltipla.

Silva (2011) aborda a deficiência múltipla como aquela em que se soma mais de uma deficiência em um indivíduo, caracterizando-se por associações de duas ou mais deficiências que podem ser físicas, mental, emocional, comportamental, no entanto não é a soma dessas alterações que caracterizam a múltipla deficiência, mas sim o nível de desenvolvimento.

Mota (2015) propõe a atuação de uma equipe interdisciplinar para a investigação do diagnóstico e para a proposta terapêutica da deficiência mental. Assim, surge a necessidade de se adotar uma abordagem que envolva diversas disciplinas ou profissões de modo integrado no atendimento em saúde. É proposto o trabalho interdisciplinar entre os profissionais como forma de se alcançar a excelência na prestação de serviços. Os fenômenos em saúde, em sua maioria, são complexos, e tais fenômenos demandam um trabalho em conjunto na busca de interpretá-los.

2.2 A PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento pode ser compreendido como dinâmico e progressivo envolvendo tanto fatores biológicos quanto psicológicos, sociais e culturais (LANA; SCHNEIDER, 2014).

Em um país em que só recentemente o fenômeno do envelhecimento se torna suficientemente visível para mobilizar a atenção das políticas públicas e da sociedade, o envelhecimento da pessoa com deficiência intelectual é ainda preocupação exclusiva das famílias, dos profissionais e organizações que atendem a essa parcela da população (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

O aumento da expectativa de vida dessa população em geral vem instigando trabalhos na área da Gerontologia e Geriatria, no contexto envelhecimento das pessoas com DI. Segundo o IBGE (2010) existem 2.617.025 pessoas com DI no Brasil, sendo que 2,9% dessas pessoas apresentam 65 anos ou mais (CARVALHO; ARDORE; CASTRO, 2015). Pessoas com deficiência, ao se tornarem idosas, muitas vezes apresentam problemas mais complexos devido às dificuldades na sua funcionalidade e adaptações diárias (MARIN *et al.*, 2013).

Explorar o processo de envelhecimento em deficientes intelectuais demanda de interação sistemática e envolvente entre equipe que assiste este processo e o público que está em desenvolvimento com propensão as mais variadas complicações orgânicas e funcionais do ciclo que vivenciam. Dentro do ponto de vista de como é percebido o envelhecimento de pessoas com deficiência intelectual e sua qualidade de vida, cabe refletir sobre como elas participam dos processos culturais, sociais e como constroem suas identidades, pois, devido à sua capacidade mental fragilizada, são rebaixadas em comparação aos modelos estabelecidos pelas áreas médica, biológica, social e educacional (GIRARDI; PORTELLA; COLUSSI, 2012).

Alguns aspectos específicos como: comunicação, autocuidado, vida doméstica, dentro desse processo de envelhecimento devem ser considerados na organização e implantação de serviços e programas a eles direcionados (FERREIRA; BANSI; PASCHOAL, 2014).

Siqueira (2011) reforça que as pessoas com deficiência intelectual apresentam maior dificuldade em comunicar-se, dificultando muitas vezes os relatos de suas queixas em decorrência das suas limitações com isso diminuindo o acesso aos serviços de saúde. Dificuldade que se torna mais acentuada quando se refere a um indivíduo com deficiência intelectual e múltipla. Apresenta também, maior probabilidade de desenvolver estilos de vida sedentários, comportamento sexual de risco, estando mais expostas ao abuso sexual e ao consumo de fumo e droga (GIRARDI; PORTELLA; COLUSSI, 2012).

Girardi, Portella e Colussi (2012) salientam que a necessidade de conhecer e reconhecer as características clínicas e funcionais da deficiência intelectual na contemporaneidade é de extrema importância, uma vez que se faz necessário compreender os sinais e sintomas para então explorar os modos e as dinâmicas que interferem no comportamento e na conduta das pessoas com deficiência intelectual, proporcionando apoio específico e estimulando a autonomia deste indivíduo.

O aumento da longevidade de pessoas com deficiência intelectual, sem dúvida, está relacionado aos avanços nos cuidados à saúde, que geralmente são cuidados específicos, e ao desenvolvimento de programas sociais que atendem essa população (GIRARDI; PORTELLA; COLUSSI, 2012).

Para as pessoas com deficiência intelectual, a interação entre os aspectos biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento é tão significativa quanto para a população em geral, ou seja, o envelhecimento ocorre da mesma forma para ambos os grupos. É importante ressaltar, entretanto que as pessoas com deficiência intelectual têm necessidades especiais, que requerem pessoal capacitado e adequações nos padrões de serviços prestados, especialmente nas áreas de saúde e de assistência social (SIQUEIRA, 2011).

Nesse contexto, a PNSPD aliada ao Ministério da Educação, recomenda a inclusão de componentes curriculares de graduação das profissões na área da saúde enfocando conteúdos de prevenção, atenção e reabilitação das pessoas com deficiência, o fomento de projetos de pesquisa e extensão, nessa área do conhecimento na qualificação de recursos humanos e aprimoramento dos serviços prestados (BRASIL, 2010).

No atual contexto social, em que envelhecer em condições de independência física e social já não é tarefa fácil, o envelhecimento com deficiência intelectual pode se tornar ainda mais complexo necessitando de apoio familiar, e até mesmo de outros parentes, os quais

muitas vezes já constituíram outros arranjos familiares, dificultando o acolhimento da pessoa com deficiência que envelhece (MARTIN *et al.*, 2013).

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem contribuindo significativamente com esta problemática assegurando a inclusão das pessoas com deficiência nas três esferas de gestão do sistema, objetivando a sua participação na proposição de medidas, no acompanhamento e na avaliação das ações. Além disso, o SUS adota medidas destinadas a garantir a qualidade e o suprimento de ajudas técnicas compreendidas na tecnologia assistiva, de modo a estimular a independência e a dignidade na inclusão social desse público (BRASIL, 2008).

A área da saúde, em 2012 na última Conferência Nacional sobre os direitos da Pessoa com Deficiência foi aprovada 91 propostas, que incluem aspectos como: aperfeiçoamento dos sistemas de acesso a serviços, medicamentos e tecnologias de saúde; capacitação de profissionais para atendimento multiprofissional e humanizado; implantação de centros de referência destinados à população deficiente; cumprimento de estratégias de promoção, prevenção e monitorização; ampliação, fomentação e divulgação de pesquisas científicas relacionadas a esse tema (TOMAZ *et al.*, 2016).

Para Siqueira (2011), a manutenção da capacidade funcional e da competência comportamental durante o processo de envelhecimento são fatores favoráveis à promoção da qualidade de vida, à convivência entre gerações e à inclusão social. As políticas públicas devem implantar e manter apoios e promove-los no âmbito familiar e nas redes de cuidados comunitários, no sentido de minimizar a necessidade de institucionalização. Esses apoios devem ser desenvolvidos respeitando-se os padrões culturais, as mudanças decorrentes do envelhecimento e o nível de dependência, ouvindo-se, portanto, as famílias e também a pessoa com deficiência intelectual.

Aos governos cabe difundir informações sobre o processo de envelhecimento e sobre as necessidades da pessoa com deficiência intelectual, combatendo os preconceitos e a dupla discriminação, da velhice e da deficiência. Os profissionais que atuam junto à pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento, além de capacitação específica em relação às suas necessidades, devem priorizar modelos de intervenção comunitária que contribuam para a promoção do envelhecimento produtivo, para a qualidade de vida e a inclusão social (SIQUEIRA, 2011, p. 29).

Frente ao processo de envelhecimento atrelado a deficiência intelectual e suas especificidades é que a Enfermagem, como parte da equipe multidisciplinar vem dispor da SAE composta pelo PE como metodologia de trabalho a fim de conhecer e reconhecer as

necessidades de intervenção direcionando suas ações para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde deste público.

2.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E O PROCESSO DE ENFERMAGEM

A equipe de Enfermagem, para prestar uma assistência de qualidade focando o cuidado humanizado, deve inserir-se na realidade do indivíduo de forma consciente, competente, técnica e científica. Sendo assim identifica-se a SAE como organização do trabalho de enfermagem direcionando quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE (COFEN, 2009).

A SAE organiza o trabalho, segundo o seu fluxo utilizando métodos interdisciplinares e humanizados de cuidado com base teórico-prático, fortalecendo vários aspectos positivos como: segurança no planejamento, execução e avaliação, individualização da assistência de Enfermagem dando visibilidade e autonomia para o enfermeiro (SANTOS, 2014).

A SAE proporciona autonomia para o enfermeiro fortalecendo as intervenções necessárias, tendo como respaldo o conhecimento científico, que garante qualidade nas tomadas de decisão, além de promover uma aproximação enfermeiro, usuário e equipe multiprofissional (CAVALCANTE *et al.*, 2011).

Conforme reforçam Neves e Schimizu (2010), essa metodologia foi introduzida no Brasil, nas décadas de 1920 e 1930, nos cursos de Enfermagem, particularmente no ensino dos estudos de caso e no planejamento de cuidados individualizados. Posteriormente, passa a ser utilizada como instrumento de planejamento e execução de sua prática, sendo denominada de Plano de Cuidados. Paralelamente havia a preocupação em introduzir os princípios científicos na prática de Enfermagem. Assim, a SAE passou a ser utilizada como um método científico para organizar os cuidados.

A construção do conhecimento científico em Enfermagem e as vivências têm início ainda na graduação e quando se encontram em consonância com a filosofia do serviço, favorecem práticas qualificadas ao paciente, proporcionando um atendimento integral as necessidades humanas básicas de forma coerente na fundamentação dos cuidados a serem prestados com excelência e eficácia (CAVALCANTE *et al.*, 2011).

A importância da Enfermagem nas instituições é a de reestruturar e qualificar o cuidado a partir de um método sistemático, favorecendo ao enfermeiro e sua equipe uma nova forma de visão na gerência em saúde e da assistência prática em Enfermagem. Dessa maneira, o enfermeiro pode ser autêntico e adquirir o seu espaço com merecimento, usando

conhecimento científico e prático promovendo um trabalho consciente, eficiente e gratificante com resultados positivos na assistência prestada (SANTOS, 2014).

O desenvolvimento de métodos ou metodologias de cuidado dentro do processo organizacional das instituições públicas ou privadas representam hoje uma das maiores conquistas no campo assistencial da enfermagem dando representatividade enquanto profissão.

O profissional inserido no processo de construção da SAE necessita ampliar e aprofundar, seus saberes científicos a fim de atuar com seriedade e autonomia, sem esquecer o foco interdisciplinar e multidimensional (NASCIMENTO *et al.*, 2008).

Bruggmann (2015) aponta que a Enfermagem por meio do processo de trabalho sistemático incentiva e promove maior segurança ao paciente, pois produz recursos qualificados durante assistência prestada.

Deste modo, a SAE pode ser representada como metodologia ou processo de trabalho do enfermeiro, que fornece com cientificidade a identificação das necessidades do paciente, fornecendo informações na formulação do planejamento da assistência, direcionando a equipe de Enfermagem para bons resultados durante a assistência prestada (SANTOS, 2014).

Proporcionando envolvimento dos profissionais em um atendimento individualizado, ou seja, a estruturação e aplicação de um plano de assistência orientado particularmente a cada indivíduo garante que suas peculiaridades sejam respeitadas, articulando os métodos terapêuticos às suas próprias características (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012). Adamy e outros (2013) enfatizam que o Brasil considera que na prática profissional o enfermeiro dispõe da SAE como seu instrumento de trabalho e está assegurado pela resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Quadro 1 – Descrição das etapas do Processo de Enfermagem.

ETAPAS (PE)	DESCRIÇÃO / CONCEITO
-------------	----------------------

Coleta de dados ou Histórico de Enfermagem	Modelo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o a ajuda de métodos e técnicas, para a obtenção de informações do paciente, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um específico momento do processo saúde e doença.
Diagnóstico de Enfermagem (DE)	Fase de interpretação e ajuste dos dados coletados na fase de coleta de dados contribui para que o raciocínio e julgamento clínico dos diagnósticos de enfermagem garantam mais eficácia às respostas do paciente, família ou comunidade que ajudam na aplicabilidade das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar o que se espera.
Planejamento de Enfermagem	Identificação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que vão ser realizados frente às respostas do paciente, família ou comunidade, encontradas na etapa de diagnóstico de enfermagem.
Implementação	Concretização das ações ou intervenções encontradas na etapa de planejamento de enfermagem.
Avaliação de Enfermagem	Modelo deliberado, sistemático e contínuo de busca de possíveis mudanças nas respostas do paciente, família ou coletividade humana em um momento do processo saúde doença, para ajustar as ações ou intervenções de enfermagem na concretização do resultado que se deseja e de ajustes do que precisa de novas contribuições nas etapas do PE.

Fonte: Processo de Enfermagem conforme resolução nº 358/2009 COFEN.

O PE é a maior representação metodológica de cunho científico da profissão, sendo embasada pela SAE, pois ambos permitem detectar as prioridades de cada indivíduo quanto as suas necessidades, fornecendo assim, uma direção para as possíveis intervenções (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012). Trata-se de instrumento para sistematizar o cuidado de forma individual, porém humanizado, aproximando o enfermeiro do paciente e seus familiares favorecendo assim a assistência prestada, organizando as condições necessárias para que ele aconteça. Esse trabalho consiste na elaboração do plano das ações terapêuticas que tem sua essência nas bases de métodos de resoluções de problemas e nas etapas de resoluções científicas. Portanto o PE é constituído de cinco etapas inter-relacionadas: coleta de dados, diagnostico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (BARROS, 2016).

Nesse sentido, o PE é um instrumento do cuidado que orienta o cuidado profissional de enfermagem, traçado em cinco etapas, inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes (MARTINS; FERRONATO; SILVA 2018). A coleta de dados ou histórico de enfermagem é a principal ferramenta para identificar as vulnerabilidades e especificidades que cada indivíduo

apresenta e assim estabelecer as condições necessárias para que o cuidado seja realizado e a prática profissional seja devidamente sistematizada, planejada, organizada e documentada (NETO; FONTES; NOBREGA, 2013). As informações objetivas e subjetivas são informações coletadas através do histórico de enfermagem a fim de fornecer subsídios para a análise sobre a história do paciente, esse arranjo possibilita categorizar grandes quantidades de dados, fornecendo direcionamento para o Diagnóstico de Enfermagem (DE) (NANDA, 2018).

Desta forma o histórico de enfermagem vem corroborar para a utilização do conhecimento técnico e científico favorecendo a construção de uma identidade profissional e a consolidação do campo de domínio da profissão (ANDRADE, 2016). A maneira como o registro das etapas do PE é feita permite a utilização de uma linguagem padrão e facilita o processo de comunicação, a análise de dados, o planejamento da assistência e a fundamentação científica.

Com relação aos sistemas de classificação voltados para a enfermagem, os mais conhecidos e utilizados são os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e a Classificação das intervenções de enfermagem (NIC), que são utilizados, especialmente nas etapas de Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem (GARCIA, 2015).

Essa linguagem padronizada configura uma forma lógica e sistemática para organização e registro dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de enfermagem. A enfermagem como ciência requer uma forma organizada de vocabulário e isso serve de instrumento para trabalhar a complexidade dos cuidados de enfermagem, principalmente, no que se refere à produção de conhecimento e ao raciocínio clínico requerido do profissional (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

A adoção, neste estudo, da classificação NANDA, NIC e NOC a elaboração do roteiro do PE deve-se à questão de que essa taxonomia possui ampla utilização em diversos países desde 1973, e por atender às necessidades da pessoa em processo de envelhecimento com DI (NANDA, 2018-2020; MOORHEAD *et al.*, 2016; BULECHEK *et al.*, 2016). A precisão e a relevância dos diagnósticos de enfermagem padronizados pela linguagem internacionalmente conhecida como NANDA-I, estimula o uso da linguagem de enfermagem padronizada, permitindo a acurácia diagnóstica e os aspectos da segurança do paciente evitando que haja resultados insatisfatórios nas intervenções prestadas (NANDA, 2018). A NANDA está disponível em várias línguas, ela tem sido utilizada em mais de 20 países do mundo inclusive

no Brasil. Essa Terminologia é desenvolvida para descrever os importantes julgamentos que os enfermeiros fazem quando proveem cuidados para indivíduos, famílias, grupos ou comunidades. Tais diagnósticos é a base para a seleção de resultados e intervenções de enfermagem (NANDA, 2018).

O raciocínio e o julgamento clínico são utilizados para formular e concluir hipóteses sobre as respostas humanas, assim fundamentando a base do DE indispensável para priorizar as ações da Enfermagem. Os DE têm um título e uma definição clara que vão ao encontro dos problemas de saúde, estados de risco e disposição para a promoção da saúde, mas não basta somente utilizar o título para definir o diagnóstico e sim o embasamento sobre os indicadores diagnósticos (NANDA, 2018).

Os indicadores diagnósticos são informações utilizadas para diagnosticar e diferenciar um diagnóstico do outro, classificam-se como características definidoras e fatores relacionados. As características definidoras são indícios que se agrupam como manifestações de um diagnóstico. Os fatores relacionados incluem os fatos, circunstâncias, condições e as causas, todas com foco no problema e a relação com o diagnóstico de enfermagem. As interferências que aumentam a vulnerabilidade de indivíduo, família, grupo ou comunidade a um evento não saudável são classificadas como fatores de risco que podem ser ambientais, psicológico, genético. Por sua vez a taxonomia da NANDA-I vem contribuir com a Enfermagem a fim de classificar e categorizar os indicadores diagnósticos. Possui 244 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 13 domínios e 47 classes possibilitando melhor direcionamento na tomada de decisão (NANDA, 2018).

Já o planejamento assistencial de Enfermagem é a construção de estratégias a fim de resolver ou minimizar os problemas detectados no DE. Essa fase é composta por estabelecimento de prioridades e fixação dos resultados através de documentação escrita sobre as intervenções (NEVES, 2010).

Embora o foco da ação de Enfermagem seja a pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento, a sua família merece especial atenção. Isto se justifica pela importância que a família exerce sobre cada um de seus membros, um fator sociocultural expresso pela necessidade do indivíduo em seguir o mesmo hábito de vida de seus familiares (TOLEDO; RAMOS; WOPEREIS, 2010).

A execução das ações ou intervenções de enfermagem pode ser elencadas, segundo a *Nursing Interventions Classification* (NIC), que direciona as melhores condutas a serem tomadas pertinentes ao DE favorecendo a aplicação do método científico à práxis de enfermagem (PEREIRA; STUCHI; SENA, 2010). Essa classificação é uma ferramenta

clínica desenvolvida por um grupo de pesquisadores do *Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness* (CNC&CE) da Universidade de Iowa dos Estados Unidos da América que, desde 1987, que trabalhando na construção, validação e ampliação da taxonomia das intervenções de enfermagem (BULECHEK *et al.*, 2016). O uso da classificação e linguagem padronizada estabelecida pela NIC garante autonomia ao enfermeiro no processo de cuidar e auxilia na avaliação das atividades diárias de enfermagem proporcionando possíveis mudanças no plano assistencial (SAMPAIO *et al.*, 2011).

Para avaliação das condutas e resultados alcançados tem-se a *Nursing Classification Classification* (NOC) que norteia a avaliação das intervenções implementadas e a eficiência da Enfermagem, quanto processo de cuidar (PEREIRA; STUCHI; SENA, 2010). O NOC padroniza as terminologias e os critérios necessários para medir e avaliar os resultados provenientes das intervenções de enfermagem e definir a meta de cuidados antes da implementação das intervenções. A classificação oportuniza uma avaliação padronizada e individualizada dos pacientes, uma vez que avaliam separadamente o grau de comprometimento de cada indicador analisado, permitindo, assim, realizar o planejamento da assistência de acordo com cada característica apresentada (MOORHEAD, 2016).

Essa taxonomia está em sua quinta edição, é composta por sete domínios, 31 classes e 490 resultados de enfermagem. Cada resultado é acompanhado por sua definição, seus indicadores e uma escala de mensuração: para cada indicador pertencente à situação, atribui-se um escore, que pode variar de 1 (estado menos desejado) a 5 (estado mais desejado) (MOORHEAD, 2016).

A aplicabilidade de um sistema de linguagens padronizadas de enfermagem pode ser utilizada como ferramenta de auxílio na execução das fases referentes ao diagnóstico, à intervenção e ao resultado. Para dar esse direcionamento, a *NANDA International* (NANDA-I) pode ser utilizada para diagnósticos de enfermagem, a *Nursing Outcomes Classification* (NOC) para resultados de enfermagem e a *Nursing Intervention Classification* (NIC) para intervenções a serem implementadas com base nos resultados que se quer alcançar (JOHNSON *et al.*, 2013).

Para Gutiérrez e Morais (2017), o PE tem representado o principal e melhor modelo metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional, ou um instrumento tecnológico de que se lança mão para favorecer o cuidado, para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional. Ele organiza e prioriza o cuidado de enfermagem por meio de um método científico fundamentado nas premissas da profissão, permitindo a enfermagem sustentar uma identidade profissional.

Adamy e colaboradores (2013) afirmam que, por meio da aplicação das fases do PE, desenvolve-se no profissional uma visão holística do ser humano de forma sistemática, incorporada a rotina de trabalho da equipe de Enfermagem, possibilitando intervenções pautadas na identificação das necessidades humanas, bem como estabelece uma inter-relação com a equipe. Dessa forma, ele é categórico, não devendo ser aplicado de maneira fragmentada, ele deve ser implementado na sua totalidade direcionando todas as suas etapas a uma visão holística não centrada na doença (CAVALCANTE *et al.*, 2011). Assim, permite melhor organização do serviço, visibilidade das ações de enfermagem, qualidade na assistência ao indivíduo, uma vez que diariamente está sendo acompanhado pela equipe de enfermagem (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Na Enfermagem, a essência do trabalho é o cuidado que deve ser fundamentado utilizando-se metodologia de trabalho a fim de direcionar a melhor conduta a ser tomada perante as especificidades de cada indivíduo. Então é possível perceber que a pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento necessita de um olhar mais apurado em relação às suas necessidades de cuidado por esse motivo é que a SAE como metodologia de trabalho composta pelo PE pode contribuir de forma integral e contínua nas práticas de cuidado a esse público (TAVARES; TAVARES, 2015).

No que tange o PE para pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento, não há previsão desse instrumento em literatura. Mas se entende, a partir das referências quanto ao método e a elaboração do processo de Enfermagem tradicional, que os instrumentos, direcionados às organizações públicas e privadas que atendem pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento seja um instrumento que preste atendimento individual e humanizado.

Apesar da SAE ser exigência do COFEN, em relação à assistência de Enfermagem em todos os lugares que houver o cuidado de enfermagem, a realidade brasileira ainda não contempla o PE em instituições de atendimento educacional especializado. A necessidade deste instrumento é endossada devida a especificidade do público atendido. Muitos dos indivíduos possuem deficiência múltipla, o que limita sua interação com o meio e as formas de comunicação. Ao associar a deficiência ao envelhecimento, temos processo progressivo, que requer cuidados especiais (GUILHOTO, 2013).

A elaboração e implementação de PE às instituições que atendem pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento além de um ser instrumento de cuidado é um método com respaldo legal aos profissionais de enfermagem direcionando maior visibilidade ao cuidado profissional (COFEN, 2009).

O PE direcionado à pessoa com deficiência intelectual terá particularidades que o difere dos demais, por apresentar em sua composição fatores relacionados à precocidade do envelhecimento, que devem ser abordados com embasamento científico de acordo com a funcionalidade buscando contribuir na construção de um plano de cuidados apropriado às suas necessidades, tanto individuais quanto coletivas, trazendo assim direcionamento para as tomadas de decisão na continuidade da assistência prestada, dentro e fora da instituição (ADAMY *et al.*, 2013).

Cabe destacar que apesar da relevância da temática foi possível identificar em busca realizada na literatura a inexistência do Processo de Enfermagem (PE) direcionado a este público.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Durante a assistência prestada na instituição foi possível identificar que a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta é a mais adequada à realidade em que se insere a assistência de enfermagem à pessoa com deficiência intelectual em processo

de envelhecimento, pois é passível de ser aplicada na prática, de fácil entendimento e coerente com as demandas da instituição, pois ela aborda três dimensões, que são: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

As dimensões biopsicossociais estão intimamente integradas à pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento e contribuem para a elaboração e a construção de um roteiro, além de auxiliar na futura implementação da SAE.

Atualmente a influência das teorias e os modelos de assistência de enfermagem são evidentes no contexto da enfermagem brasileira, tendo como destaque internacional os estudos de Wanda de Aguiar Horta, a primeira enfermeira brasileira, nascida em Belém (PA) em 1926 iniciou sua trajetória ingressando na escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (HORTA, 1979). Difundiu seu conhecimento ministrando aulas, conferências, palestras, cursos, participou de bancas examinadoras, orientações de teses de doutorados e mestrados, passou por vários países como Bélgica, Itália, Suíça, Espanha, entre outros, também escreveu e publicou artigos e livros (LEOPARDI, 1999).

A teoria de Horta tem como base a abordagem humanística e empírica, a partir da Teoria de Maslow da Motivação Humana admitindo o ser humano como parte integrante do universo os quais apresentam estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço sendo a base para a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (LEPARDI, 1999).

Horta (2011, p. 39) diz que as necessidades humanas básicas são:

Estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais. Este conceito tornar-se-á mais claro ao estudarmos as características das próprias necessidades. Em estados de equilíbrio dinâmico, as necessidades não se manifestam, porém estão latentes e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado. São aquelas condições ou situações que o indivíduo, família e comunidade apresentam decorrentes do desequilíbrio de suas necessidades básicas que exijam uma resolução, podendo ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não.

Para Horta (2011) as necessidades são universais, portanto comum a todos os seres humanos, existem inúmeros fatores que interferem nessas manifestações e formas de direcionar os atendimentos.

Horta se baseou em Maslow para definir seus conceitos, contudo preferiu utilizar o sistema de classificação de João Mohana para elaborar sua própria teoria, em três dimensões: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais sendo que os dois primeiros níveis são comuns a todos os seres vivos, mas o terceiro nível é característica única do homem (HORTA, 2011).

Assim caracterizam-se as necessidades psicobiológicas como: oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercício e atividade física, sexualidades, abrigo, mobilidade, cuidado corporal, integridade cutaneomucosa, integridade física, regulação térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular, locomoção, percepção olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa, ambiente e terapêutica (HORTA, 2011).

As necessidades psicossociais como segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e no espaço, aceitação, autorrealização, autoestima, participação, autoimagem e atenção. Já as necessidades psicoespirituais consistem em compreender o que o homem vive de inexplicável (HORTA, 2011).

A metodologia proposta por Horta operacionalizou o processo de enfermagem (PE) que se caracteriza pela inter-relação e dinâmica das ações de enfermagem dividindo-se em cinco etapas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Prescrição de Enfermagem e Prognósticos de Enfermagem (LEOPARDI, 1999).

No Brasil, a SAE começou a ser implantada com maior ênfase em alguns Serviços de Enfermagem nas décadas de 1970 e 1980. Nessa época, a Teoria de Necessidades Humanas Básicas (NHB), de Wanda de Aguiar Horta, influenciou a aplicação do Processo de Enfermagem nas instituições de saúde e no ensino de Enfermagem, apresentando avanços que reduziram para cinco etapas, além da alteração das denominações de algumas delas. Essa Teoria foi adotada para a implementação das etapas da SAE no cenário em estudo, tendo em vista que esse modelo tem sido adotado pela maioria dos enfermeiros e amplamente utilizado nas pesquisas de SAE e nas realidades brasileiras (NEVES; SCHIMIZU, 2010).

Com os trabalhos de Horta enfatizou-se o planejamento da assistência, na tentativa de tornar autônoma a profissão e de caracterizá-la como ciência, por meio de implementação do Processo de Enfermagem (PE) fomentando a sua importância em todo o Brasil (SILVA *et al.*, 2011).

Sendo assim, Pereira e colaboradores (2012) reforçam que a atuação profissional em enfermagem deve ser alicerçada por modelos teóricos que forneçam a fundamentação científica sobre os fenômenos humanos sendo essencial a sua prática assistencial.

O COFEN, na resolução 358/2009 enfatiza que o PE é a estruturação do trabalho que está fundamentada no método científico visando à qualidade e o direcionamento da assistência prestada ao indivíduo e coletividade que se inter-relacionam em cinco fases descritas a seguir.

Conforme a definição de Horta (1979) a primeira fase do Processo de Enfermagem é o Histórico de Enfermagem que deve servir de base para as outras informações, pois é ele que fornecerá subsídios para as intervenções. Deve conter identificação do cliente, dados precisos sobre; os hábitos do cliente que estão relacionados às NHB, meio ambiente, cuidado corporal, eliminação, alimentação, sono e repouso, exercícios e atividades físicas, atividade sexual, recreação, participação na vida familiar, religiosa comunitária e profissional, manutenção da saúde, o exame físico contemplando as condições gerais como: sinais vitais, condições físicas, queixas do paciente, e identificação dos problemas.

O Histórico de Enfermagem é fundamental para as etapas subsequentes, requer do profissional enfermeiro um olhar clínico para as diferentes vertentes no intuito de entender as necessidades humanas dotadas de subjetividades, partindo do pressuposto de que a espécie humana apresenta uma vasta complexidade (COELHO *et al.*, 2017; SILVA; SABÓIA; TEIXEIRA, 2009).

A base para a escolha das intervenções de enfermagem é o Diagnóstico de Enfermagem os quais são usados para definir o plano de cuidados apropriado para cada paciente orientando os resultados e intervenções baseadas nas evidências sobre os problemas de saúde, requer uma avaliação precisa sobre as respostas humanas a condições de saúde (NANDA, 2018-2020).

A resolução do Cofen (2009, p. 2) descreve o Diagnóstico de Enfermagem como o

Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

Neves (2006) reforça que o diagnóstico de enfermagem é a determinação sobre o grau de dependência em relação às necessidades humanas básicas do indivíduo, família ou comunidade que precisam de assistência de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem é a parte mais complexa do PE, o que requer do enfermeiro conhecimento científico e olhar crítico, para possibilitar a melhor interpretação das informações coletadas durante as etapas do histórico de enfermagem (TAVARES; TAVARES, 2015).

A terceira fase do processo de enfermagem é o Plano Assistencial de Enfermagem definido como “a determinação global da assistência de enfermagem que o indivíduo, família ou comunidade precisam receber diante do diagnóstico de enfermagem estabelecido” (NEVES, 2006, p. 558).

Conforme descreve Westphalen e Carraro (2001) o plano assistencial ou o cuidado planejado deve ser a determinação e execução das ações para o atendimento dos problemas identificados através dos Diagnósticos de Enfermagem. Enfatizam ainda que o cuidado planejado deve ser individual e direcionado para cada indivíduo a fim de ajudar o cliente a enfrentar situações transitórias ou permanentes, respeitando suas especificidades. A análise criteriosa das situações faz com que o enfermeiro adquira o julgamento clínico a fim de possibilitar planejar, implementar e avaliar o cuidado necessário prestado ao paciente (WESTPHALEN; CARRARO 2001).

A quarta fase do processo de enfermagem segundo a metodologia de Horta é o Plano de Cuidado ou Prescrição de Enfermagem que é definido como o

roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados decorrentes da implantação do plano assistencial de enfermagem e adequados às necessidades básicas e específicas de cada paciente (NEVES, 2006, p. 558).

Faeda e Perroca (2017) referenciam que o planejamento dos cuidados acontece por meio da prescrição de enfermagem e esta deve conter um conjunto de informações precisas sobre o estado de saúde do paciente garantindo assim a redução de danos referente aos cuidados prestados. A prescrição de enfermagem é um instrumento norteador para a assistência de enfermagem possibilitando o enfermeiro avaliar a resolutividade da assistência a partir das condutas adotadas (PINPÃO *et al.*, 2010). Segundo a lei 7.498 que regulamenta o exercício profissional a prescrição de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro ela servirá para direcionar e individualizar o cuidado.

Ao prescrever ações de enfermagem para obtenção de resultados deve-se ter atenção para as seguintes prioridades: realidade do cuidado, recursos disponíveis, as metas a serem estabelecidas, o estado de saúde do paciente, minimizar os riscos, controle e resolução do problema, auxílio nas atividades de vida diária, cuidado e conforto, independência ((WESTPHALEN; CARRARO 2001).

A quinta fase chamada de Evolução de Enfermagem é “o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no indivíduo, família ou comunidade enquanto estiver sob assistência de enfermagem” (NEVES, 2006, p. 558).

O registro diário ou periódico das condições e alterações do cliente de forma precisa, clara e completa possibilita ao profissional enfermeiro a avaliação das intervenções de enfermagem assim oportunizando a continuidade do cuidado, pois terá elementos para conhecer a situação e implementar novas medidas de cuidado (WESTPHALEN; CARRARO

2001). Os registros formais amparados pela legalidade da profissão reforçam a organização e implementação da SAE, contribuindo para a visibilidade da enfermagem e responsabilidade profissional (PIMPÃO *et al.*, 2010).

O Processo de Enfermagem (PE) coloca em evidência sua aplicabilidade frente à assistência prestada capaz de testar e conferir a cientificidade do fazer profissional proporcionando maior visibilidade de suas ações (BORDINHÃO; ALMEIDA, 2012). Para Lima, Vieira e Nunes, (2018) a construção do processo de enfermagem (PE) embasado em teorias de enfermagem e cuidados fundamentados em evidências científicas faz diferença quando realizados com qualidade sobre as ações, constituindo base de dados para pesquisas com diferentes enfoques, contribuindo para o conhecimento da profissão.

Pretende-se com o modelo conceitual do PE de Horta direcionar e adaptar suas diversas fases a realidade da pessoa com deficiência intelectual em processo e envelhecimento, possibilitando o empoderamento profissional com a finalidade de conceituar a fundamentação teórica e científica na prática e execução das ações direcionadas a esse público.

4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo para elaboração e validação de conteúdo referente à construção do processo de enfermagem para o cuidado à pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento, criando uma tecnologia assistencial.

De acordo com Waldow (2004) e Mehry (2002) a tecnologia é um processo que envolve ações, atitudes e comportamentos fundamentados no conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, social, econômico, político e psico-espiritual, buscando a promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde, dignidade e totalidade humana. Por conseguinte, engloba o resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações com a finalidade de aumentar e melhorar o conhecimento sobre o tratamento e o cuidado por meio da prática em saúde.

Nessa perspectiva Oliveira, Collet e Vieira (2008) apontam que a tecnologia é dividida em duas categorias: as de produto (equipamentos, instalações físicas, ferramentas); e as de processo, que se referem às técnicas, métodos e procedimentos utilizados para obtenção de um determinado produto. Para o desenvolvimento desta dissertação optou-se por desenvolver um produto, o qual denominou de tecnologia assistencial: construção e validação de processo de enfermagem para sistematização do cuidado à pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento.

Refletir acerca do cuidado na perspectiva da tecnologia nos leva a repensar a inerente capacidade do ser humano em buscar inovações capazes de transformar seu cotidiano, visando uma melhor qualidade de vida e satisfação pessoal. Logo, as tecnologias transcendem sua utilização enquanto máquina/equipamento, mas também, constituem-se num conjunto de conhecimentos que inovam a prática cotidiana da enfermagem em seus eixos de atuação: gerência, assistência, ensino, pesquisa e extensão.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Por se tratar de um estudo de validação e os participantes serem enfermeiros inseridos na prática em diversas instituições de educação e saúde, não foi delimitado um cenário específico para desenvolvimento do estudo. No entanto, a pesquisa teve sua origem a partir da problemática encontrada pela pesquisadora na Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE).

A FCEE foi a primeira instituição pública estadual do Brasil responsável pela definição e coordenação de políticas em Educação Especial. Fundada no ano de 1968 a organização tem como missão definir e coordenar a política de educação especial do Estado de Santa Catarina, fomentando, produzindo e disseminando o conhecimento científico e tecnológico desta área.

Para prestar seus serviços a FCEE é dividida em centros de atendimento. Um deles é o Centro de Educação e Vivência (CEVI), um espaço para prática profissional, estudos, discussões e pesquisas em educação especial e que atende um público em processo de envelhecimento. Entre as deficiências atendidas nesse centro estão, a deficiência visual, auditiva, intelectual, física, múltipla e transtorno do espectro autista. Os atendimentos prestados acontecem diariamente e com foco teórico no Currículo Funcional Natural, para mais de 140 usuários. Nesse espaço atuam profissionais de áreas diversas, entre eles a equipe de enfermagem, direcionando os cuidados necessários à pessoa com deficiência em processo de envelhecimento.

A proposta de intervenção aqui apresentada teve como cenário principal o Centro Especializado de Atendimento, CEVI (Centro de Educação e Vivência) o local produz conhecimento, capacita profissionais e assessora os serviços de educação especial, prestados às pessoas com Deficiência Intelectual, Deficiência Múltipla e Autismo na infância, adolescência, fase adulta e envelhecimento (FCEE, 2018).

Em seu cotidiano de trabalho, a pesquisadora percebe a fragilidade do cuidado de Enfermagem por não haver sistematização do cuidado de Enfermagem. Doravante, emerge a necessidade e desenvolver essa sistematização mediante um Processo de Enfermagem estruturado para atender às necessidades dos usuários e dos profissionais de enfermagem que ali atuam.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram convidados a participar do estudo enfermeiros atuantes na assistência e que prestam cuidado a pessoas com deficiência e pesquisadores/docentes com expertise na área de estudo investigada.

Para a seleção de pesquisadores/docentes foi realizada uma busca via sistema da Plataforma *Lattes* com os filtros formação acadêmica/titulação, atuação profissional e produções técnicas e bibliográficas. O modo de busca foi com as palavras-chave da produção: enfermagem, envelhecimento e deficiência. Adotou-se como critério de inclusão, a experiência mínima de dois anos na área de ensino/pesquisa. Foram selecionados 10 pesquisadores que receberam por *e-mail* um convite para inclusão no estudo, e ao final das tentativas de contato, somente dois retornaram em tempo hábil e foram inseridos no estudo, conforme estipulado em virtude do tempo para realização da pesquisa. Portanto, para fins de exclusão dos pesquisadores, a ausência de retorno foi o critério utilizado.

Para seleção de enfermeiros assistenciais do estado foi realizado contato com a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC) para averiguar a presença de enfermeiros atuantes nas instituições específicas prestadoras de cuidado às pessoas com deficiência intelectual. Portanto, tratou-se de amostra intencional, ou seja, foram enviados convites para profissionais distribuídos pelo estado. Adotou-se como critério para inclusão dos enfermeiros assistenciais que atuam, por no mínimo, seis meses na assistência direta às pessoas com deficiência intelectual.

Dessa forma foram identificados quatro enfermeiros assistenciais nas APAEs, dos quais todos participaram e 12 enfermeiros no Instituto de Psiquiatria (IPQ), sendo que oito responderam em tempo hábil. Os profissionais do Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) não conseguiram contribuir com a pesquisa, pois as enfermeiras atuantes na instituição haviam sido recém-admitidas através de processo seletivo, não atendendo o critério de inclusão proposto, pois estavam a menos de seis meses atuando no serviço.

O convite para participação na pesquisa foi enviado via correio eletrônico, contendo as orientações e as justificativas do presente estudo, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovação do comitê de ética para ciência e o endereço para preenchimento do instrumento online (instrumento de coleta de dados).

Foram identificados 27 potenciais participantes do estudo, entre pesquisadores/docentes e enfermeiros assistenciais. Ao final de todo o processo, 14 enfermeiros participaram do processo de validação de conteúdo, sendo dois docentes/pesquisadores na área e 12 enfermeiros assistenciais.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados para a construção da proposta e validação do PE foi desenvolvida a partir de três fases inter-relacionadas, descritas a seguir.

4.4.1 Primeira fase do estudo

Nesta etapa do estudo foi elaborada uma proposta de PE para sistematizar a assistência de Enfermagem prestada à pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento. Para tal construção foi realizada uma Revisão Integrativa (RI). Esta revisão de acordo com Souza, Silva e Carvalho (2010), contempla ampla abordagem metodológica, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado.

A revisão integrativa determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo, pois, para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados ao paciente (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Considerando também a definição de Melo, Barbosa e Souza (2011) a RI é um método de revisão específica que abrange a literatura teórica e empírica, constituída por seis etapas: identificação do problema ou questionamento, estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão de artigos (seleção da amostra), definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise das informações, interpretação dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

Sendo assim, para guiar a RI formulou-se a seguinte questão: Quais estudos são realizados sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem para a pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento, no período de 2008 a 2019? A busca pelos artigos foi realizada nas Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied (CINAHL)*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PUBMED/MEDLINE)*, *Web of Science*, as bibliotecas *Cochrane e Scientific Electronic Library Online (SciELO)* e SCOPUS; por meio de descritores em ciências da saúde ou palavras-chaves: Enfermagem; Processo de Enfermagem; Deficiência Intelectual; Envelhecimento; Idosos.

Todo o processo de busca e seleção dos estudos foi acompanhado por uma bibliotecária, com experiência para tal. Para o detalhamento da RI um protocolo de pesquisa norteou esse processo (APÊNDICE A).

Os estudos selecionados seguiram os seguintes critérios de inclusão: estudos sobre o tema que contenham os descritores ou palavras-chave previstas no protocolo e nos idiomas: inglês, português e espanhol. Desta forma serão excluídos: estudos duplicados; cartas; editoriais; resumos publicados em anais de eventos e/ou periódicos; livros; dissertações; teses.

Após a coleta e organização do material, os dados foram analisados a partir da Análise Temática proposta por Minayo (2007). O resultado desta RI está apresentado no manuscrito 1.

4.4.2 Segunda fase do estudo

A segunda fase do estudo foi a construção do PE com início de setembro a novembro

de 2019 e teve como embasamento a Teoria aplicada as Necessidades Humanas Básicas (NHB) da enfermeira Wanda de Aguiar Horta, ancorada também na Resolução nº 358/2009 do COFEN, juntamente com a fundamentação teórica encontrada nos estudos selecionados através da RI. Para fins de complementação, bem como suprir as justificativas científicas para a definição das etapas do PE, outros materiais foram consultados, como leis, estudos e instrumentos utilizados por outras instituições, conforme encontrado na revisão narrativa realizada.

A construção do PE partiu da elaboração do histórico de enfermagem que consiste na primeira etapa do processo, e que constitui a investigação a ser desenvolvida, por meio de coleta de dados. Nesse momento, ocorre o primeiro contato entre enfermeiro e paciente, o que envolve a técnica de entrevista, a observação e o exame físico (TAVARES; TAVARES 2015). Tal elaboração se deu a partir da vivência prática da pesquisadora vinculada à consulta de materiais e instrumentos utilizados por outras instituições que têm como embasamento teórico as NHB de Wanda Horta.

O primeiro item elaborado foi o Histórico de Enfermagem, com os dados gerais, composto a fim de estabelecer o preenchimento específico com dados da instituição. Nele consta, em primeiro lugar, a identificação do paciente que traz informações específicas do mesmo, tais como nome completo, data de nascimento, local de moradia, religião, com quem reside, sendo de grande importância, pois essas informações são capazes de dar embasamento nas tomadas de decisão frente ao indivíduo e seus familiares. Dentro ainda o histórico, foi contemplada a história atual de saúde que contempla diagnóstico médico, tipos de alergias, comorbidades, estas são de fundamental importância na investigação inicial sobre a situação de saúde deste indivíduo.

O Histórico de Enfermagem foi dividido de acordo com as etapas previstas na teoria de Horta: Necessidades Psicobiológicas - elencadas e complementadas de acordo com as especificidades deste público; Necessidades Psicossociais - elaboradas de acordo com a vivência e observação da pesquisadora sobre o convívio social do público estudado e; Necessidades Psicoespirituais - apresenta grande impacto sobre o comportamento deste público específico, pois muitos deles apresentam grande respeito sobre a religiosidade e espiritualidade.

O diagnóstico de enfermagem é definido como a segunda etapa do PE. Neste estudo, foram estabelecidos a partir da construção do histórico de enfermagem de acordo com as NHB, tendo como embasamento a fundamentação teórica encontrada nos estudos estabelecidos pela RI e RN, na taxonomia da *North American Nursing Diagnoses Association*

(NANDA-I) versão 2018-2020; na *Nursing Interventions Classification* (NIC) e na *Nursing Outcome Classification* (NOC), integrada à prática diária da pesquisadora (PEREIRA *et al.*, 2012).

Foram selecionados 31 Diagnósticos de Enfermagem, bem como seus fatores relacionados e características definidoras, todos esses elencados através dos estudos da revisão narrativa e mediante a prática diária da pesquisadora.

As terceira e quarta etapas do PE foi o planejamento que também fundamentou a elaboração da prescrição de enfermagem, que é considerada a intervenção propriamente dita. Para determinar tal intervenção é necessária uma coleta de dados adequada e diagnósticos de enfermagem precisos, as intervenções de enfermagem foram elaboradas pela autora a partir da definição dos diagnósticos de enfermagem elencados durante a pesquisa (TAVARES; TAVARES 2015). Durante a trajetória de elencar informações para compor as intervenções de enfermagem tendo como base a prática diária e as especificidades deste público foram feitas pesquisas em materiais da revisão narrativa: livros, manuais e artigos, para melhor enquadramento das situações existentes. Sendo assim foram confeccionadas 68 intervenções e resultados esperados.

A quinta etapa do PE foi à avaliação e/ou evolução de enfermagem. Esta constitui-se do relato diário das condições clínicas do paciente, que deve ser claro, sucinto sendo registrado de forma coerente os dados subjetivos e os objetivos. Esta análise profunda possibilita identificar o surgimento de uma nova necessidade a ser diagnosticada. Permitindo que o enfermeiro possa modificar as intervenções a cada 24 horas conforme as respostas do paciente ao cuidado prestado (PEREIRA *et al.*, 2012).

O roteiro elaborado é importante estratégia para a organização das ações e operacionalização do processo de enfermagem, pois padronizam os registros e respaldam legalmente o cuidado de enfermagem, além de permitir a continuidade do planejamento dos cuidados prestados pela equipe fortalecendo a importância do trabalho realizado frente às pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento (TAVARES; TAVARES, 2015; PEREIRA *et al.*, 2012).

4.4.3 Terceira fase do estudo

A terceira fase do estudo foi a validação do instrumento mediante avaliação de *experts* atuantes na área investigada fossem eles pesquisadores/docentes ou enfermeiros assistenciais. O motivo pela escolha desses participantes se deu em virtude da crença de que, para além dos pesquisadores na área é importante também a compreensão e visão dos profissionais que estão

atuantes na prática cotidiana de cuidado dessas pessoas com deficiências, as quais serão possivelmente beneficiadas.

O convite aos *experts* para participação na pesquisa foi enviado via correio eletrônico. Todos foram selecionados de acordo com os critérios pré-estabelecidos e posteriormente encaminhou-se a carta convite, contendo as orientações e justificativas do presente estudo; além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos para ciência e o endereço para preenchimento do instrumento online formulário disponível no *Google Drive*.

A proposta tipo Processo de Enfermagem foi transformada em formulário, por meio de ferramenta disponível no *Google Forms*, serviço de armazenamento e de sincronização de arquivos disponibilizados pela *Google*, empresa de pesquisa *online*.

Após a construção do processo de enfermagem foi realizada a validação de aparência em relação a 1) objetividade dos conteúdos: se os itens são imparciais, diretos, práticos e claros; 2) pertinência dos conteúdos: se são apropriados e relevantes; 3) precisão da redação dos conteúdos: diz respeito ao rigor dos registros e definições, se as escolhas das palavras foram apropriadas; 4) exequibilidade dos conteúdos: são possíveis de realizar, executar ou aplicar. Para tal foi associada uma Escala *Likert* para registro da avaliação.

As escalas do tipo *Likert* permitem que o entrevistado expresse respostas claras no lugar de respostas neutras ou ambíguas. De forma geral, contempla igualmente o número de opções de concordância e discordância (FEITOSA *et al.*, 2014). O objetivo desse método foi obter respostas e opiniões de qualidade para aperfeiçoamento do instrumento em questão (MARQUES; FREITAS, 2018).

Neste estudo optou-se pela Escala *Likert* contendo os escores 1 (discordo), 2 (discordo parcialmente), 3 (concordo parcialmente) e 4 (concordo) e com um espaço para sugestões e comentários.

Para Silva e outros (2009), a técnica apresenta como vantagem a amplitude que atinge o estudo. Como os questionários foram enviados por correio eletrônico não existiram limitações geográficas para a seleção de *experts*, permitindo a participação de grupos maiores de pessoas que os das técnicas grupais. Também não requer reunião física, o que reduz a influência de fatores psicológicos, como por exemplo, os efeitos da capacidade de persuasão, da relutância em abandonar posições assumidas, e a dominância de grupos majoritários em relação a opiniões minoritárias.

Foram solicitados aos juízes que a avaliação fosse devolvida no prazo máximo de 15 dias, os juízes que não responderam no prazo estabelecido receberam novo e-mail, solicitando a avaliação em sete dias.

As recomendações dos juízes avaliadores por rodada de validação foram agrupadas e analisadas verificando-se as necessidades de alteração ou incorporação de novos itens na proposta para a adequada estruturação e apresentação do processo de enfermagem. Desta forma foram necessárias duas rodadas para completa estruturação e ajustes de itens do instrumento, a fim de manter coerência sobre as especificidades sugeridas pelos juízes.

Ressalta-se que essa apreciação analítica e minuciosa gera a produção de conhecimento, e esta análise confere sentido ao conteúdo em exposição (MELO *et al.*, 2017).

4.5 ANÁLISES DOS DADOS

No que diz respeito à avaliação foi solicitada aos participantes a análise de cada item do roteiro apresentado quanto aos critérios de objetividade dos conteúdos, a pertinência dos conteúdos, a precisão da redação, a exequibilidade dos conteúdos e se retratavam o suporte teórico preconizado pela Teoria das NHB.

Para analisar cada resposta do julgamento foi empregado o Cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) destinado a avaliar o conteúdo dos itens do instrumento validado em relação à representatividade de medida. O IVC mede a porcentagem de concordância entre os juízes sobre um instrumento e seus itens. Inicialmente permite analisar cada item individualmente e posteriormente o instrumento como um todo (POLIT; BECK, 2011). Este método utiliza uma escala do tipo Likert (já apresentada) com pontuação de 1 a 4. Para avaliar a relevância/representatividade, os itens que recebem pontuação “1” ou “2” devem ser eliminados ou revisados, conforme recomendação dos juízes avaliadores.

Considerou-se válido o consenso de 80% (0,8) ou mais entre as avaliações dos experts referente ao julgamento da validade, aparência e relevância do conteúdo indicando como aceitável o nível de concordância dos especialistas de acordo com a temática analisada (COSTA *et al.*, 2013). O cálculo para cada item consiste na divisão do número total de respostas com escore 3 (concordo parcialmente) e 4 (concordo), pelo número total de respostas; conforme a fórmula:

$$IVC = \frac{\text{númeroderespostas 3e4}}{\text{númerototalderespostas}}$$

Para calcular a concordância do instrumento somam-se todos os IVC de cada item e divide-se pelo total de itens do instrumento. A fórmula é:

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{soma de todos os IVC}}{\text{total de itens}}$$

Os resultados obtidos ao final do processo de validação estão apresentados na forma descritiva e em quadros, discutidos a partir das evidências científicas atualizadas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Tendo em vista que este estudo foi realizado com seres humanos, as questões éticas permearam todo processo de investigação. Assim, foram respeitados os preceitos éticos determinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que discorre sobre a pesquisa que envolve seres humanos, em especial refere-se à autonomia, anonimato, sigilo, beneficência, não maleficência e justiça social. Garante ao participante, o anonimato, o direito de voluntariedade e desistência em qualquer momento ou etapa da pesquisa (BRASIL, 2012).

Sendo assim foi transmitido aos participantes do estudo conhecimento acerca da finalidade e atividades do estudo. Além disso, os participantes foram esclarecidos sobre questões referentes ao anonimato, respeito e proteção no que corresponde às informações despendidas ao participarem do estudo.

Em relação aos benefícios os participantes também foram orientados quanto à sua colaboração no que diz respeito a novas perspectivas para o aprimoramento da assistência de enfermagem, em quanto Processo de Enfermagem para a Sistematização da Assistência de Enfermagem a pessoa com deficiência intelectual. Cabe ressaltar que o estudo foi realizado de acordo com a disponibilidade dos participantes, não havendo necessidade de ressarcimento para custear despesas.

Desta forma, aos que aceitaram participar foi solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE B) e oportunizada a desistência do participante, em qualquer fase da pesquisa, diante de quaisquer desconfortos. Em relação ao monitoramento e segurança dos dados coletados, vale destacar que estes serão somente manipulados pela pesquisadora e orientadora, com o sigilo das informações e também serão armazenados em arquivos eletrônicos por um período de cinco anos e depois serão deletados.

O estudo faz parte do macroprojeto de pesquisa intitulado: “A rede de atenção à saúde e de suporte social à pessoa idosa com deficiência na grande Florianópolis e as tecnologias de cuidado - parte 2”, coordenado pela Prof. Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi, vinculado ao Grupo de Estudos sobre Cuidados em Saúde de Pessoas Idosas (GESPI). Por fim, teve aprovação sinalizada no Parecer de nº 3585339, CAAE nº 09319319.9.0000.0121 conforme anexo A.

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram apresentados sob a forma de dois manuscritos e um Produto de Inovação Tecnológica de Gestão do Cuidado, conforme a Instrução Normativa 01/MPENF/2014 do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Assim, apresentam-se neste capítulo dois manuscritos e um produto. Manuscrito 1: Sistematização da Assistência de Enfermagem para Pessoas com Deficiência Intelectual em Processo de Envelhecimento: Revisão Integrativa; Manuscrito 2: Construção e Validação do Processo de Enfermagem para Pessoas com Deficiência Intelectual em Processo de Envelhecimento; e o Produto: Construção e Validação de Processo de Enfermagem para a Sistematização da Assistência a Pessoas com Deficiência Intelectual em Processo de Envelhecimento.

5.1 MANUSCRITO 1 - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

Objetivo: Identificar estudos sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem para pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento. **Método:** Revisão integrativa nas bases de dados: Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Cumulative Index to Nursing and Allied* (CINAHL), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PUBMED/MEDLINE), *Web of Science*, *Cochrane e Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e SCOPUS, período entre 2008 e 2019. Utilizaram-se descritores em português, espanhol e inglês, sendo período de busca em fevereiro de 2019. Os dados dos artigos e resultados foram apresentados em quadro. **Resultados:** foram identificadas 426 produções, onde foram selecionados 12 artigos em conformidade aos critérios de elegibilidade. Em relação ao idioma dos artigos, metade foi publicada em inglês e a outra metade em português. Todos os estudos foram sumarizados conforme três categorias temáticas: Qualidade no atendimento de pessoas com deficiência intelectual em processo envelhecimento; Aptidão dos enfermeiros para atender pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento; Políticas públicas para pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento. **Conclusões:** embora existam variações e manifestação de cuidados é visível a necessidade de instrumentos específicos que consolidem estratégias para a assistência de Enfermagem de qualidade direcionadas a esta clientela que cresce a cada dia no mundo. Novas pesquisas em Enfermagem devem ser crescentes a fim de conhecer e valorizar as particularidades de atenção à saúde dessa população.

Palavras-chave: Enfermagem. Processo de Enfermagem. Deficiência intelectual. Envelhecimento. Idosos.

INTRODUÇÃO

Embora o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) saliente que a pessoa idosa compreende, cronologicamente, aquela com idade igual ou maior de 60 anos, pessoas com deficiência intelectual apresentam o processo de envelhecimento acelerado utilizando-se a idade de 35 anos, como marco do envelhecer, uma vez que reflete em diversas modificações funcionais e alto índice de demências, implicando na necessidade de cuidados específicos (BRASIL, 2003).

Assim, proteger os direitos da pessoa com deficiência é uma preocupação mundial, sendo esta, disposta na Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiências (ONU, 1975), a qual solicita a adoção de medidas em planos nacionais e internacionais para o apoio e proteção desses direitos. Os dispositivos legais buscam garantir os direitos destas pessoas, sua proteção, saúde e qualidade de vida (BONATELLI *et al.*, 2018).

O envelhecimento demográfico é uma realidade mundial que atinge também pessoas com deficiência. Em processo para aprimorar o monitoramento de indicadores sobre pessoas com deficiência no país, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta que pessoas com deficiência na população são cerca de 6% (IBGE, 2019; BRASIL, 2019).

São consideradas pessoas com deficiência intelectual as que apresentam um funcionamento intelectual inferior à média da população geral e com limitações no funcionamento adaptativo em pelo menos duas habilidades instrumentais: autocuidado, comunicação, sociabilidade, uso de recursos comunitários, vida acadêmica, profissional, saúde, segurança e lazer (SANTOS; DOTA, 2013).

Uma interação complexa de questões individuais, de saúde e estilo de vida tem o objetivo de colocar as pessoas com deficiência intelectual (DI) em maior risco de desenvolver uma doença mental. A prevalência da doença mental é estimada, ainda que de forma conservadora, em aproximadamente 30%, com algumas fontes relatando taxas muito mais altas. Tais complexidades tornam óbvio que os enfermeiros devem ter múltiplas habilidades para responder às necessidades das pessoas com DI e, em particular, quando existe uma doença mental comórbida. Os enfermeiros que trabalham com pessoas com DI e problemas de saúde mental requerem habilidades para reconhecer a sintomatologia típica e atípica, entender e responder às diferenças de comunicação e reconhecer os impactos contextuais nas experiências de vida (TAUA; NEVILLE; SCOTT, 2017).

Nessa perspectiva reconhece-se a necessidade de analisar e compilar a produção científica em tal contexto de atuação do enfermeiro, a fim de que o mesmo pautasse suas intervenções em consonância ao rigor científico e às melhores práticas de cuidado. Desse modo, a pesquisa objetivou identificar estudos que versassem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem para pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento.

MÉTODOS

Este estudo trata-se de Revisão Integrativa a qual foi desenvolvida em seis etapas: elaboração da questão de estudo; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos selecionados; categorização e análise dos estudos selecionados, análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão e síntese do conhecimento (BOTELHO *et al.*, 2011).

Para realização dessa revisão selecionou-se a questão norteadora: Quais estudos versam sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem para pessoa com deficiência Intelectual em processo de envelhecimento?

Métodos de Busca de Publicações

A pesquisa foi realizada em periódicos indexados nas bases de dados: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied (CINAHL)*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PUBMED/MEDLINE)*, *Web of Science*, *as bibliotecas Cochrane e Scientific Electronic Library Online (SciELO)* e SCOPUS, por meio de estratégias de buscas elaboradas especificamente para cada base de dados.

A busca eletrônica aconteceu em fevereiro de 2019. As estratégias de busca foram desenvolvidas com auxílio de uma bibliotecária *expert* neste tipo de pesquisa. Para composição da estratégia de busca utilizou-se as palavras-chave em inglês português e espanhol conforme quadro.

"Idoso"
"Idosos" "Pessoa Idosa" "Pessoas Idosas" "Pessoa de Idade" "Pessoas de Idade" "População Idosa" "ancião" "anciões" "velhice" "terceira idade"
"Envelhecimento"
"senescência" "senência" " Anciano " "ancianos" "tercera edad" " Envejecimiento " " Aged "[Mesh] "Aged" "elderly" "older" "aged person" "aged persons" "aged people" "aged adult" "aged adults" "aged population" "old age" "old aged" "older age" "third age" " Aging "[Mesh] "Aging" "Senescence" "Adults Aged" "older adult" "older adults"
"Deficiência Intelectual"
"Deficiência Mental" "Retardo Mental" "Retardamento Mental" " Discapacidad Intelectual " "Retraso mental" " Intellectual Disability "[Mesh] "Intellectual Disability" "Intellectual Disabilities" "Intellectual Development Disorder" "Intellectual Development Disorders" "Mental Retardation" "Psychosocial Mental Retardation" "Psychosocial Mental Retardations" "Mental Deficiencies" "Mental Deficiency"
"Processo de Enfermagem"
"Processos de Enfermagem" " Cuidados de Enfermagem " "Cuidado de Enfermagem" "Cuidados em enfermagem" "Cuidado em enfermagem" "Assistência de Enfermagem"

"Atendimento de Enfermagem" "**Proceso de Enfermería**" "Procesos de Enfermería"
"Atención de Enfermería" "Cuidados en enfermería" "Cuidado en enfermería" "Cuidados
de Enfermería" "Cuidado de Enfermería" "**Nursing Process**"[Mesh] "Nursing Process"
"Nursing Processes" "**Nursing Care**"[Mesh] "Nursing Care" "Nursing Cares" "Nursing
Care Management"

Fonte: A autora (2019).

Para delimitar a estratégia de busca aplicaram-se os operadores booleanos AND e OR. As palavras-chave foram pesquisadas em português, espanhol e inglês. A busca nas bases de dados foi realizada nos meses de fevereiro de 2019, tanto a busca quanto a seleção dos estudos foram realizadas por dois pesquisadores com experiência nesse tipo de estudo, de forma independente, com suporte de bibliotecária especialista neste tipo de pesquisa.

Foram definidos como critérios de inclusão dos artigos: publicações nas bases de dados descritas anteriormente, dos últimos 10 anos (2008 a 2019), com as palavras chave conforme busca direcionada pela bibliotecária, nos idiomas inglês, espanhol e português. Foram excluídos artigos pagos, incompletos ou cujo foco não estavam em conformidade com o tema desejado.

Procedimentos de Seleção das Publicações

A seleção dos artigos científicos foi realizada em seis etapas conforme supracitado. As etapas 1 e 2 consistiram na elaboração da questão de estudo e estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão (aplicados os filtros: disponibilidade do texto livre e completo; artigos em inglês, espanhol e português; data de publicação dos últimos 10 anos).

A etapa 3 consistiu na identificação dos estudos selecionados. A pesquisa em base de dados e a seleção dos estudos foram realizadas pela pesquisadora com auxílio da orientadora do estudo.

Extração e Sumarização dos dados

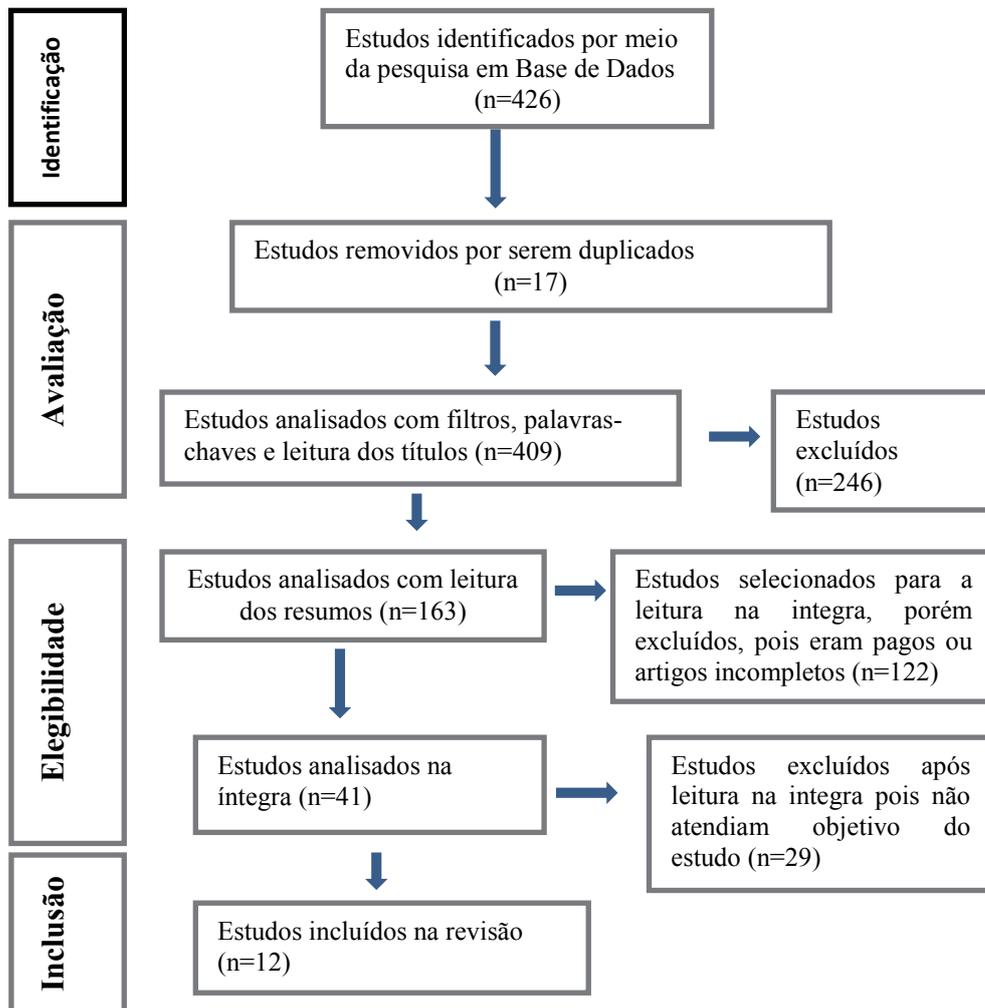
Após a definição final da inclusão, os artigos foram armazenados em ordem sequencial em documento *Word* da *Microsoft* por um dos pesquisadores. Os tópicos de interesse registrados foram: autor do artigo, ano de publicação, objetivo, delineamento (método), resultados e conclusões. Esta se configura como a etapa 4, onde ocorre a análise dos estudos selecionados.

Dessa forma a sumarização dos dados, etapa 5, é apresentada do Quadro 2 no item resultados. O número de identificação do artigo foi registrado sequencialmente conforme ano decrescente de publicação.

RESULTADOS

Foi encontrado um total de 426 artigos, após remoção dos duplicados (n=17) resultaram 409 artigos que compuseram o *corpus* de análise. Após todo processo de seleção das publicações, extração e sumarização dos dados, resultaram 12 artigos. A Figura 1 apresenta as etapas de cada processo em consonância ao modelo PRISMA (2009).

Figura 1 – Diagrama do processo de inclusão e exclusão dos estudos – Florianópolis, SC, Brasil, 2018.



Após a descrição dos estudos incluídos e selecionados para análise foram organizados através do quadro 2.

Quadro 2 - Estudos inclusos e selecionados para análise.

BASE DE DADOS	TÍTULO	AUTORES	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADO	CONCLUSÃO
SCIELO	Uma investigação das atitudes da equipe de enfermagem e das reações emocionais em relação aos pacientes com deficiência intelectual em ambiente hospitalar geral.	Lewis; Kroese, 2010.	Investigar as atitudes e reações emocionais relatadas pela equipe de enfermagem que trabalha em hospitais gerais no cuidado de pacientes com deficiência intelectual.	Pesquisa qualitativa	A equipe de enfermagem relatou atitudes menos positivas, mais emoções negativas, em resposta ao atendimento de um paciente com deficiência intelectual em comparação a um paciente com deficiência física. Finalmente, as variáveis atitudinais e emocionais foram significativamente correlacionadas como segregação, tarefas de enfermagem, comunicação, comportamento, tempo de enfermagem, treinamento / habilidades, experiência da dor, papel dos familiares / cuidadores. As escalas de emoção avaliaram a experiência com emoções positivas e negativas consideradas relevantes para a experiência de um profissional de saúde que trabalha com um paciente que tem uma deficiência.	Atitudes e sentimentos menos positivos entre a equipe de enfermagem em relação aos pacientes com deficiência intelectual possa afetar a qualidade do atendimento. As recomendações para futuras pesquisas e desenvolvimento de serviços incluem: a necessidade de focar a melhoria das atitudes da equipe de enfermagem por meio de treinamento e o aumento do trabalho conjunto entre os serviços de cuidados intensivos e as equipes comunitárias de deficientes intelectuais.
SCIELO	Avaliação da Qualidade de Vida e sobrecarga de cuidadores de Pessoas com Deficiência Intelectual.	Pimenta; Rodrigues; Greguol. 2010	Avaliar a qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores informais de pessoas com deficiência Intelectual da grande Florianópolis.	Pesquisa qualitativa	Os resultados apontaram a dependência e a responsabilidade pelo cuidado com maiores valores de sobrecarga. Os cuidadores são caracterizados em sua maioria, do sexo feminino, em geral mães com média de idade acima de 40 anos. Presença de uma pessoa com deficiência pode de diversas maneiras, alterar a estrutura familiar, especialmente por aumentar a necessidade de cuidados e de recursos financeiros. A sobrecarga e as horas de dedicação ao cuidado têm influência direta na qualidade de vida desses cuidadores.	Os dados mostram que quanto maior a sobrecarga relatada, pior a qualidade de vida avaliada, apontando uma relação direta da sobrecarga na qualidade de vida dos cuidadores. Os cuidadores atribuíram à falta de dinheiro o excesso de responsabilidade e a dependência como principais fatores do desgaste.
BDENF	Versão brasileira do <i>Quality of Care Scale</i> : qualidade de	Bredemeier et al, 2014.	Analisar as evidências de validade e fidedignidade da	Pesquisa qualitativa	O presente estudo apresenta limitações decorrentes principalmente da coleta realizada por conveniência e dos tamanhos amostrais. Portanto, generalizações não devem ser feitas	O modelo fatorial transcultural encontrado na amostra internacional do projeto parece adequado para as amostras

	cuidado na perspectiva de pessoas com incapacidades.		versão para o português brasileiro da <i>Quality of Care Scale</i> na perspectiva de pessoas com incapacidades físicas e intelectuais.		a partir dos resultados, e mais estudos de validade e de fidedignidade, com outras amostras e populações, são necessários. Ao mesmo tempo, acredita-se que os instrumentos constituem ferramentas úteis no levantamento de informações sobre o cuidado oferecido às pessoas com incapacidades, podendo fornecer informações com o potencial de colaborar com o desenvolvimento de políticas públicas focadas no incremento da qualidade de cuidado e, conseqüentemente, do bem-estar.	testadas neste estudo, especialmente a de incapacidades físicas. Depressão, dor, satisfação com a vida e incapacidade parecem ter papel mediador na avaliação da qualidade de cuidado. Pesquisas adicionais são necessárias para o acréscimo de evidências às validades dos instrumentos.
WEB OF SCIENCE	Necessidades de treinamento de enfermeiras e assistentes sociais no atendimento ao final da vida para pessoas com deficiência intelectual: uma pesquisa nacional.	Bekkema et al, 2014.	Obter informações sobre a qualidade dos cuidados de final de vida, necessidades de treinamento e oportunidades de consulta de especialistas de enfermeiros e assistentes sociais que trabalham em serviços de cuidados de incapacidade intelectual.	Pesquisa qualitativa	Os entrevistados avaliaram positivamente a qualidade dos cuidados de final de vida, mas a maioria dos entrevistados se sentiu inadequadamente treinada em questões de cuidados de fim de vida.	Este estudo mostra que, embora os enfermeiros e assistentes sociais avaliem positivamente a qualidade dos cuidados de fim de vida para pessoas com deficiências intelectuais, a maioria se sente inadequadamente treinada para fornecer bons cuidados no fim da vida. À medida que aumenta o número de pessoas com deficiência intelectual que precisam de cuidados no fim da vida, as organizações precisam oferecer treinamento adicional relevante para enfermeiros e assistentes sociais.
BDENF	Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para pacientes institucionalizados com demência.	Escalada-Hernández et al, 2015	Descrever os diagnósticos de enfermagem mais frequentes da NANDA-I, os resultados de NOC e as intervenções de NIC usadas nos planos de cuidados de enfermagem em relação ao	Pesquisa quantitativa do tipo transversal multicêntrica.	Foram apresentados os nove diagnósticos: déficits de autocuidado, mobilidade física prejudicada, deambulação prejudicada, risco de quedas, comunicação verbal prejudicada, incontinência urinária, eliminação urinária prejudicada, constipação, incontinência intestinal. de enfermagem mais prevalentes da NANDA-I e os resultados da NOC e as intervenções da NIC a elas relacionadas. De acordo com a Escala de Resultados da Saúde da Nação (HoNOS), os problemas mais	O estudo identificou padrões de assistência de enfermagem a pacientes institucionalizados com demência, onde os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem mais prevalentes abordaram uma ampla gama de necessidades funcionais, psicossociais e fisiológicas.

			diagnóstico demência.		comuns entre os idosos com demência foram problemas cognitivos e problemas com atividades da vida diária, com relacionamentos e relacionados a doenças ou incapacidades físicas.	
LILACS	Políticas públicas de saúde para deficientes intelectuais no Brasil: uma revisão integrativa.	Tomaz et al, 2016.	Procurar na literatura científica sobre políticas públicas de saúde para deficientes intelectuais no Brasil.	Pesquisa qualitativa	No Brasil, na última década, foram estabelecidas algumas políticas públicas voltadas aos deficientes intelectuais, inclusive na área da saúde. Contudo, a implementação e a garantia efetiva dos direitos assegurados por lei, a alocação de recursos e o desenvolvimento de redes de assistência e de proteção específicas e efetivas, permanecem como desafios a serem superados.	Nesta pesquisa foram encontradas legislações no campo da saúde que visam ao atendimento das principais diretrizes recomendadas por essa Política, embora faltem estudos que abordem a efetividade das legislações propostas e seu nível de implantação.
SCOPUS	Representações dos enfermeiros de cuidar de pacientes com deficiência intelectual e necessidades percebidas para garantir um atendimento de qualidade.	Ndengeyingo ma; Ruel, 2016.	Explorar as representações dos enfermeiros ao cuidar de pessoas com deficiência intelectual, estratégias de intervenção que eles usam atualmente e identificar necessidades para garantir um atendimento de qualidade.	Estudo qualitativo com abordagem descritiva.	Os participantes representaram o ID de um paciente como uma vulnerabilidade que pode variar com base na natureza do ID e no nível de complexidade das necessidades do paciente decorrentes dele. As complexidades identificadas pelos participantes incluem: problemas com orientação, comunicação, dificuldades de compreensão e aprendizado, problemas de saúde mental, atrasos no desenvolvimento e menor aptidão e julgamento cognitivos. Os resultados destacam um vínculo entre a frequência de interações com uma clientela e o interesse dos enfermeiros em aprender mais sobre a fisiopatologia dessa clientela. Parece que os enfermeiros são incapazes de reconhecer a natureza inerente ou as necessidades específicas relacionadas à DI, e isso influencia o nível de conforto que eles exibem ao cuidar desses pacientes da maneira ideal.	Os participantes foram capazes de identificar necessidades profissionais que facilitariam a oferta de cuidados de maior qualidade a essa clientela. Essas necessidades são de natureza relacional e informativa. As necessidades relacionais concentram-se principalmente em aprender as melhores estratégias de intervenção para cuidar de pacientes com DI e suas famílias. Necessidades informacionais incluem acesso mais fácil a informações sobre o paciente e práticas referenciais mais claras para essa clientela. Mais pesquisas são necessárias para desenvolver uma melhor compreensão das expectativas desses pacientes e seus cuidadores. Melhorias no atendimento a pacientes com DI só podem ser alcançadas através

						da coordenação proposital de políticas. É necessária pesquisa-ação para desenvolver um melhor entendimento das necessidades, expectativas e preferências dos pacientes com DI.
SCOPUS	Apreciando o trabalho de enfermeiras que cuidam de adultos com deficiência mental e problemas de saúde mental	Taua; Neville; Scott, 2017	Explorar a experiência dos enfermeiros em cuidar de adultos com deficiência intelectual e problemas de saúde mental em ambiente hospitalar.	Pesquisa qualitativa	<p>A prestação de cuidados de enfermagem em saúde mental para pessoas com DI é claramente multifacetada, dada a amplitude de desafios com que os enfermeiros podem se deparar. Enfermeiros identificaram muitas formas únicas e criativas de responder a múltiplas complexidades do comportamento representativo da doença foi mencionado com frequência.</p> <p>Os enfermeiros foram capazes de descrever uma série de formas criativas e adaptativas sobre o reconhecimento, a compreensão e o gerenciamento de comportamentos desafiadores para avaliar o estado mental. Entender o comportamento que é muitas vezes um sinal de angústia ou de comunicação. Ter estratégias de comunicação eficazes era visto como uma habilidade essencial para todos os enfermeiros</p>	A avaliação do deficiente intelectual focado no gerenciamento comportamental foi um conceito-chave em relação ao tempo e intimamente relacionado às noções sobre cuidado e comunicação para os enfermeiros em responder a numerosos fatores complexos que enfrentaram em seus papéis.
LILACS	Estamos fazendo a diferença na atenção primária para adultos com deficiência intelectual e de desenvolvimento.	Ouellette-Kuntz et al, 2018	Examinar o impacto da disseminação de diretrizes para médicos e de uma intervenção de comunicação em saúde em nível populacional na porcentagem de adultos com deficiências intelectuais e de	Pesquisa qualitativa	A porcentagem de adultos com IDD recebendo atenção recomendada visando a disseminação de diretrizes e ferramentas, designando pessoal regional para promover o uso das diretrizes e informando os adultos com IDD a se valerem do exame periódico de saúde. Variou de 43,4% em 2003 a 55,7% em 2015. Homens com IDD tiveram 53,7 % de aumento nos 13 anos, enquanto as mulheres com DDI tiveram apenas um aumento de 30,9%.	Quase 45% dos adultos com DDI em Ontário ainda não recebem cuidados preventivos recomendados através dos cuidados primários. Os impactos a longo prazo das intervenções introduzidas na província ainda podem ocorrer ao longo do tempo, portanto, é necessário um monitoramento contínuo.

			desenvolvimento (IDD) que recebem cuidados preventivos por meio da atenção primária.			
BDENF	Idosos com deficiência intelectual: características sociodemográficas, condições clínicas e dependência funcional.	Girondi et al, 2018.	Descrever as características sociodemográficas, as condições clínicas e o nível de dependência funcional de pessoas com deficiência intelectual (DI) em processo de envelhecimento.	Pesquisa quantitativa descritiva	Participaram 54 pessoas com DI e idade igual e/ou superior a 45 anos. Destes, 77,8% apresentavam DI moderada, média de 48,19 anos e sexo feminino (57,4%). Mediante o IBM, 83,3% apresentaram dependência leve, embora necessitem de comando ou de algum tipo de apoio e supervisão.	O cuidado à pessoa com DI envelhecente requer a implementação de tecnologias de cuidado com enfoque interprofissional, respeitando sua individualidade, a fim de manter sua autonomia e independência.
LILACS	Síntese da cúpula internacional sobre deficiência intelectual e demência: implicações para o Brasil.	Santos; Watchman; Janicki, 2018.	Examinar questões relativas aos adultos com deficiência intelectual (DI) afetados por demência e para produzir recomendações e diretrizes referentes às políticas públicas, práticas e pesquisa.	Pesquisa exploratória a descritiva.	A Cúpula Internacional sobre Deficiência Intelectual e Demência, forneceu discussões aprofundadas sobre tópicos relevantes como: realizar mais pesquisas sobre situações de determinação de cuidados; permitir maior envolvimento de grupos de autodefesa em diálogos com os prestadores de serviços; aumentar os esforços para quebrar o viés dos conselhos de pesquisa e ética sobre o uso de pessoas com DI como informantes. Pertinentes aos trabalhadores em DI, envelhecimento e demência. As intervenções do Serviços Individualizados e Suporte Clínico- PDS também ajudam no gerenciamento dos sintomas comportamentais e psicológicos idiossincráticos da demência (PBSD). Os esforços são direcionados para a criação de um plano nacional de demência (ou planos regionais ou estaduais) no Brasil, deve-se considerar a inclusão de adultos com DI, conforme observado pela Alzheimer's Disease International e pela OMS.	A exploração dos temas destacou as variações entre os países e revelou visões consensuais em questões como redes internacionais, orientação para práticas e defesa de direitos em nome de pessoas com DI afetadas por demência e suas famílias. Os autores descrevem os desafios que o Brasil deve enfrentar em relação ao envelhecimento e à demência e apresentam recomendações para atender às necessidades de adultos com DI. Foram feitas três recomendações para atender às necessidades de adultos com DI: estudar a eficácia de diferentes intervenções não farmacológicas, desenvolver diretrizes para aplicações do PDS por cuidadores e equipe de

						apoio
SCIELO	Centro-dia: uma opção no atendimento da pessoa envelhecida com deficiência intelectual.	Bonatelli et al, 2018.	Mapear serviços, fluxos de atendimento e organização do serviço do Centro-Dia das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais da grande Florianópolis para o atendimento da pessoa envelhecida com deficiência intelectual.	Pesquisa exploratória a descritiva.	O Centro-dia trata-se de uma área que valoriza e capacita a pessoa com deficiência intelectual e sua família, dando-lhes vez e voz, incentivando sua participação ativa no movimento com o intuito de orientá-los e capacitá-los para se tornarem protagonistas de seus direitos e deveres; promovendo atividades ocupacionais, lúdicas e de lazer que possam beneficiar a saúde física e mental Possibilitar Atividades da Vida Diária (AVD), desenvolvendo os sentidos remanescentes, mediante atividades funcionais contextualizadas. O atendimento adequado deve levar em consideração os aspectos da senilidade, fatores implícitos ao cuidado gerontológico.	As leis já existentes com a intenção de atender gratuitamente estas pessoas precisam ser cumpridas e monitoradas, não deixando somente a cargo das instituições especializadas como as Apaes fazerem sozinhas esse papel, que é do poder público.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em relação ao idioma dos artigos, (n=7) artigos foram publicados em inglês, e (n=5) em português. Quanto ao ano de publicação observou-se que a maior frequência de publicação foi em 2018 (n=4); nos anos 2016 e 2014 (n=2); e, nos anos 2015, 2010 e 2009 (n=1). Os delineamentos mais frequentes foram nove estudos qualitativos (71,43%), dois quantitativos (21,43%) e um quali-quantitativo (7,14%).

A investigação dos temas mais frequentes dos artigos incluídos nesta revisão foi realizada com base na divisão de três categorias temáticas, quais sejam: Qualidade no atendimento de pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento; Aptidão dos enfermeiros para atender pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento; Políticas públicas para pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento.

Categoria 1 - Qualidade no atendimento de pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento

Esta categoria agrupa estudos que discorrem sobre a qualidade no atendimento de pessoas com deficiência intelectual quando envelhecem (BEKKEMA *et al.*, 2014; BONATELLI *et al.*, 2018; SANTOS; WATCHMAN; JANICKI, 2018; BREDEMEIER *et al.*, 2014; ESCALADA-HERNANDEZ *et al.*, 2015; PIMENTA; RODRIGUES; GREGUOL, 2010).

Estima-se que mais de um bilhão de pessoas no mundo vivam com incapacidades, das quais aproximadamente 200 milhões apresentam dificuldades de funcionalidade consideráveis. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), 2/3 das pessoas com incapacidade vivem em países emergentes. Esse número ascende continuamente com o crescimento populacional, guerras e outras formas de violência, atendimento médico inadequado, acidentes e aumento da expectativa de vida. Ainda, segundo a ONU, 3,9% das pessoas possuíam deficiências no Brasil em 2010, o que representava 23,9% da população geral no período. Considerando as pessoas afetadas indiretamente pela incapacidade de alguém próximo, mais da metade da população mundial está afetada por questões envolvendo essa condição. Assim, estudos sobre a qualidade no atendimento recebido por pessoas com incapacidades tornam-se importantes para a saúde pública (BREDEMEIER *et al.*, 2014).

Atualmente, segundo Bonatelli e outros (2018), há uma importante mudança drástica no perfil das pessoas com deficiência intelectual que envelhecem em todo o mundo, o que reforça a necessidade de conscientização dos serviços voltados a essa população. Nesse sentido, ressalta-se que todo ser humano é modificável, desde que submetido a uma interação

humana, planejada e sistematizada, onde os fatores cognitivos, afetivos e socioculturais determinam diferencialmente o desenvolvimento da pessoa, numa ação dinâmica e dialética.

Embora exista um componente comum no cuidado ao envelhecimento e demência em todo o mundo, os adultos com DI ainda apresentam idiossincrasias em aspectos biopsicossociais que requerem atenção especializada. Conseqüentemente, é crucial determinar que barreiras podem estar presentes para a vida comunitária continuada após o diagnóstico de demência no contexto das políticas nacionais de saúde pública e deficiência, além da disponibilidade de recursos. Além disso, na população brasileira, os esforços direcionados à prevenção da demência devem começar cedo na vida e continuar ao longo da mesma (SANTOS; WATCHMAN; JANICKI, 2018).

Relacionado ao processo de viver, há que se refletir também sobre a condição dessas pessoas quando a finitude se apresentar. Bekkema e outros (2014) relatam que, embora os enfermeiros e assistentes sociais avaliem positivamente a qualidade dos cuidados de fim de vida para pessoas com deficiências intelectuais, a maioria se sente inadequadamente treinada para fornecer bons cuidados no fim da vida. À medida que aumenta esse quantitativo de pessoas que carecem de cuidados no fim da vida, as organizações precisam oferecer treinamento adicional relevante para enfermeiros e assistentes sociais.

A essência da enfermagem é o cuidado que adentra vários seguimentos envolvendo inúmeras necessidades percebendo condições inerentes do ser humano. Existe um pleno reconhecimento da relevância da função do enfermeiro, promovendo-se a incorporação de enfermeiros certificados como especialista em enfermagem clínica em saúde psiquiátrica-mental, como parte de equipes interdisciplinares entre todos os serviços de saúde mental (ESCALADA-HERNANDEZ *et al.*, 2015).

Destaca-se que o cotidiano do cuidador abordado na literatura demonstra a sobrecarga com sua estafante e estressora atividade de cuidados diários e ininterruptos, como as adaptações do comportamento e necessidades do cuidador proporcionadas pela mudança evidente no cotidiano ao conviver com a carga de trabalho dispensada ao cuidado e que tendem a se intensificar com o passar dos anos. O reconhecimento de que os cuidadores são um componente essencial para a área da saúde, principalmente nas situações crônicas e de longo prazo, tem incentivado a investigação dos problemas por eles apresentados e, caso suporte formal não seja provido, há o risco de também o cuidador se tornar um paciente (PIMENTA; RODRIGUES; GREGUOL, 2010).

Conforme relatos dos pesquisadores supracitados verifica-se a forte relevância sobre a qualidade no atendimento de pessoas com deficiência intelectual quando envelhecem, bem como a devida atenção para com quem presta esse atendimento.

O escopo da prática de enfermagem vai muito além do que trazem estes estudos a relevância da temática nos mostra que a enfermagem necessita sim de padronização para os seus cuidados auxiliando e direcionando os profissionais de enfermagem em seu processo de tomada de decisão.

Categoria 2 – Competência e habilidades dos enfermeiros para atender pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento

Esta categoria está relacionada com a rotina assistencial do enfermeiro na implementação de suas atividades frente ao atendimento às pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento (NDENGEYINGOMA; RUEL, 2016; TAUA; NEVILLE; SCOTT, 2017; LEWIS; KROESE, 2010; GIRONDI *et al.*, 2018).

Ndengeyingoma e Ruel (2016) relatam que os enfermeiros se preocupam com sua capacidade de reconhecer a natureza específica e as necessidades complexas associadas às deficiências intelectuais dos pacientes, promover um atendimento de qualidade, gerenciar os desafios comportamentais e de comunicação, além de lidar com a percepção de falta de tempo e organização no ambiente de trabalho. Também identificaram suas necessidades de aprendizado, que são de natureza relacional e informativa e reconhecimento por parte dos mesmos, que existem muitos elementos contextuais e práticos que requerem melhorias para garantir a segurança desses pacientes.

Doravante, os enfermeiros que trabalham com pessoas com DI e problemas de saúde mental requerem habilidades para reconhecer a sintomatologia típica e atípica, entender e responder às diferenças de comunicação e reconhecer os impactos contextuais nas experiências de vida (TAUA; NEVILLE; SCOTT, 2017).

Para Lewis e Kroese (2010), sentimentos evocados pela equipe de enfermagem ao trabalhar com um paciente com deficiência intelectual são importantes e podem influenciar o comportamento, afetando a qualidade da assistência que o paciente recebe. Para melhorar as atitudes em relação às pessoas com deficiência intelectual é necessário treinamento e ensino mais específicos sobre esse assunto. A necessidade de aumentar e melhorar o ensino sobre deficiência intelectual tem sido amplamente discutida a fim de contribuir com atitudes entre a equipe de enfermagem em relação ao atendimento de pacientes com deficiência intelectual.

Gironi e pesquisadores (2018) também destacam que, se o envelhecimento em condições de independência física e social já é um desafio, o envelhecimento com deficiência torna-se um processo ainda mais complexo. Assim, o cuidado adequado pessoa com deficiência intelectual que está envelhecendo configura-se como um debate importante a ser instigado entre profissionais de saúde. Nesse sentido, salienta-se que apesar do crescimento no número de trabalhos científicos sobre envelhecimento, nas últimas décadas, ainda são escassos os estudos publicados sobre o processo de envelhecimento entre idosos com deficiência. Portanto, há uma carência de informações a respeito das condições de saúde do deficiente intelectual, as quais acabam favorecendo a continuidade de uma série de problemas sociais.

De igual modo à qualidade no atendimento adentra a necessidade da incorporação da metodologia científica que a Sistematização da Assistência de Enfermagem traz como principal suporte a aptidão que o enfermeiro precisa ter para atender pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento.

Verifica-se que estudos em relação à identificação e às características de saúde-doença das pessoas com deficiência intelectual são importantes tanto para o avanço nessa área do conhecimento, quanto para a produção de evidências para melhores práticas de cuidado, sendo assim observa-se a necessidade de um direcionamento para uma investigação capaz de gerenciar cuidados evidentes entre este público.

Categoria 3 - Políticas públicas e cuidados preventivos para pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento

Essa categoria integra estudos voltados com a preocupação de políticas públicas e cuidados preventivos para pessoas com deficiência intelectual no envelhecimento (TOMAZ *et al.*, 2016; KUNTZ *et al.*, 2018).

Kuntz e outros autores (2018) asseveram que no futuro, será importante explorar minuciosamente as barreiras à adoção de cuidados preventivos para adultos com DI. Uma variedade de novas abordagens para melhorar esse atendimento pode ser considerada, incluindo incentivos financeiros e medidas de garantia de qualidade direcionadas aos prestadores de cuidados primários, advocacia para mudar políticas e práticas de financiamento e educação e capacitação continuada de adultos com DI e seus cuidadores.

Segundo Tomaz et al. (2016), do ponto de vista científico observa-se que, no Brasil, as discussões sobre as questões de saúde pública para a população com DI são pouco específicas,

sendo majoritariamente tratadas em meio a reflexão com os demais tipos de deficiências, ou em concomitância com outros países de realidade econômica semelhante. As poucas pesquisas publicadas nos últimos anos abordam aspectos relacionados à condição socioeconômica, violência, saúde mental, ética, necessidades de saúde, promoção e prevenção da saúde. Novas pesquisas devem reconhecer e valorizar as particularidades de atenção à saúde dessa população. Sugere-se o desenvolvimento de investigações sobre as ações de equipes multiprofissionais e a contribuição dos diversos atores – órgãos governamentais, organizações não governamentais, serviços especializados, comunidade e família – na melhoria da qualidade de vida e assistência às pessoas com DI. No Brasil, na última década, foram estabelecidas algumas políticas públicas voltadas aos deficientes intelectuais, inclusive na área da saúde. Contudo, a implementação e a garantia efetiva dos direitos assegurados por lei, a alocação de recursos e o desenvolvimento de redes de assistência e de proteção específicas e efetivas, permanecem como desafios a serem superados.

Frente ao exposto nota-se que os estudos aqui apresentados, apontam para existência de lacuna no que diz respeito aos cuidados de Enfermagem para pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento e para a efetivação e monitoramento das políticas públicas nessa área.

DISCUSSÃO

Para perceber as características, vulnerabilidades e o nível de complexidade em relação aos cuidados prestados as pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento se faz necessário um instrumento específico com capacidade de reconhecer, identificar e direcionar o atendimento a esta clientela, tanto no nível da prática quanto no nível organizacional, fortalecendo a visibilidade do profissional de Enfermagem.

No tocante a identificar estudos sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem a pessoa com deficiência Intelectual em processo de envelhecimento tornou-se algo minuciosamente delicado devido às poucas informações trazidas referentes a este tema, pois no cerne da contextualização aplica-se o envolvimento clássico do cuidado prestado por enfermeiros, mas nada de forma estruturada capaz de fundamentar e direcionar a aplicação do cuidado.

Sendo que a qualidade da assistência para com as pessoas com deficiência intelectual quando envelhecem, vai muito além de uma assistência superficial, à medida que aumenta o número de pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento que precisam

de cuidados no fim da vida, as organizações precisam oferecer treinamento adicional relevante e devem fornecer informações sobre a disponibilidade de consultas externas especializadas para enfermeiros e assistentes sociais. Na população brasileira, os esforços direcionados à prevenção da demência devem começar cedo na vida e continuar ao longo da mesma.

Sendo assim, Alves, Pires e Servo (2013) enfatizam que o enfermeiro deve vivenciar a prática para obter conhecimento do cotidiano das pessoas com deficiência favorecendo um planejamento diferenciado para o cuidado, além de propiciar a detecção de alterações e contribuir com estratégias interventivas a partir da realidade vivenciada em prol de uma assistência qualificada de acordo com as necessidades específicas.

Para Oliveira e outros autores (2019) a sistematização do Processo de Enfermagem, direciona o enfermeiro a desenvolver e prover uma assistência de enfermagem segura e voltada à necessidade da clientela a qual sua equipe assiste, sendo fonte de informações indispensáveis à assistência prestada.

O enfermeiro executa o Processo de Enfermagem que é constituído de exame físico e entrevista, sendo que a partir daí é realizado o levantamento de dados específicos que serão relacionados à deficiência e incapacidades que nortearão as ações da Enfermagem especializada para a assistência dentro de cada especificidade adstrita (MIRANDA *et al.*, 2014).

Diante das lacunas evidenciadas durante a realização deste estudo observou-se a necessidade de uma estruturação para que o levantamento dos dados supracitados seja elencado como informativos e sejam alicerces para o cuidado de enfermagem.

Rosso e Losso (2016) ressaltam que a construção do conhecimento em enfermagem e as vivências quando se encontram em consonância com a filosofia do serviço, favorecem práticas qualificadas ao paciente, propiciando um atendimento integral as necessidades humanas básicas.

Para colaborar na compreensão e na percepção do envelhecimento em deficientes intelectuais percebe-se a importância e relevância da construção e concretização de instrumentos que direcionem para uma ampla gama de conhecimento sobre as especificidades incorporadas dentro da contextualização da sistematização da assistência de enfermagem.

É nessa perspectiva que Alves, Pires e Servo (2013) enfatizam a importância do preparo dos enfermeiros na atenção às pessoas com deficiência afim de reconhecer a natureza específica e as necessidades complexas associadas às deficiências intelectuais dos pacientes,

promover um atendimento de qualidade, gerenciar os desafios comportamentais e de comunicação, pois esta clientela requer uma assistência voltada para a dimensão total do ser.

É relevante salientar que para Adamy e outros (2013) a SAE objetiva, fortalecer a assistência de enfermagem. Em ambientes com pessoas que demandam cuidados especiais torna-se uma necessidade urgente, por ser um instrumento capaz de melhorar a qualidade de vida, humanizar o cuidado e propiciar a identificação e às características de saúde-doença das pessoas com deficiência intelectual.

Em relação às políticas públicas para pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento destaca-se uma inexistência de serviços públicos especializados leva à situação de vulnerabilidade e sobrecarga as famílias cuidadoras. Observa-se que estes serviços são escassos e comumente organizados pela sociedade civil, como os disponibilizados pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). O acesso aos serviços de saúde pelas pessoas com deficiência tem sido difícil porque, em geral, o investimento é reduzido nas equipes de saúde no sentido da sensibilização e informações sobre as diferenças, as especificidades das pessoas com deficiência e as estratégias para anular a deficiência, tornando-a uma limitação funcional. Uma variedade de novas abordagens para melhorar esse atendimento pode ser considerada, incluindo incentivos financeiros e medidas de garantia de qualidade direcionadas aos prestadores de cuidados primários, advocacia para mudar políticas e práticas de financiamento e educação e capacitação continuada de adultos com DI e seus cuidadores (WHO, 2012).

Cabe destacar que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência pauta-se no pressuposto de que além da atenção à saúde específica da sua condição, este é um cidadão que pode ser acometido por doenças e agravos comuns aos demais. Neste sentido, a enfermagem pode desenvolver um importante papel na promoção da saúde desta população fortalecendo o amparo familiar perante as necessidades de cuidado, em consonância às especificidades de cada ser humano cuidado. Nesse sentido, a SAE serve como eixo norteador de todo o processo de cuidar.

Ainda, diante das dificuldades demonstradas nos estudos, foi evidenciado que a maioria dos profissionais se sente inadequadamente treinados para fornecer bons cuidados no fim da vida. Logo, percebemos que há uma necessidade constante de discussões a ser feita sobre como cuidar de forma profissional deste público que cresce a cada dia dentro das instituições de cuidado.

CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou identificar e analisar estudos versam sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem sobre a pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento e a assistência de enfermagem direcionada a esta clientela, do que tratam especificamente, além de constatar a inexistência de um instrumento específico capaz de direcionar a tomada de decisão do profissional enfermeiro.

Nesse contexto, ressalta-se que os estudos que compõem essa revisão corroboram com toda a contextualização inserida no estudo que embora existam variações e manifestação de cuidados é visível à necessidade de instrumentos específicos que consolidem estratégias para a assistência de Enfermagem de qualidade direcionadas a esta clientela que cresce a cada dia no mundo.

Novas pesquisas sobre a sistematização da assistência de enfermagem direcionada para pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento devem ser crescentes, pois se faz necessárias em virtude do crescimento no campo de atuação da profissão a fim de conhecer e valorizar as particularidades de atenção à saúde dessa população.

REFERÊNCIAS

ADAMY, E.K. *et al.* A inserção da Sistematização da Assistência de Enfermagem no contexto de pessoas com necessidades especiais. **J. res.: fundam. Care**, v. 5, n. 3, p. 53-65, jul./set. 2013. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-24838>. Acesso em: 28 set. 2018.

ALVES, T.J.L.; PIRES, M.N.A.; SERVO, M.L.S. Um olhar sobre a atuação do enfermeiro na atenção às pessoas com deficiência: revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, n. 7, p. 4892-4898, jul. 2013.

BONATELLI, L.C.S. *et al.* Centro-dia: uma opção no atendimento da pessoa envelhecida com deficiência intelectual. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 42, n. 118, p. 669-675, jul-set. 2018.

BRASIL. **Lei nº 10741 de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1 Out 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 28 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Censo Demográfico de 2020 e o mapeamento das pessoas com deficiência no Brasil**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/documentos/cinthia-ministerio-da-saude>. Acesso em: 15 ago. 2019.

BREDEMEIER, J. *et al.* Versão brasileira do *Quality of Care Scale*: qualidade de cuidado na perspectiva de pessoas com incapacidades. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 583-593, 2014.

ESCALADA-HERNÁNDEZ, P.E. *et al.* A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients with mental disorders. **Applied Nursing Research**, v. 28, p. 92-98, 2015.

GIRONDI, J.B.R. *et al.* Idosos com deficiência intelectual: características sociodemográficas, condições clínicas e dependência funcional. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, e22781, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.22781>. Acesso em: 15 ago. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo amostra pessoas com deficiência**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/23612>. Acesso em: 02 ago. 2019.

LEWIS, S.; KROESE, B.S. An investigation of nursing staff attitudes and emotional reactions towards patients with intellectual disability in a general hospital setting. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, v. 23, p. 355-365, 2010.

MIRANDA, A.L.P.L. *et al.* O cuidado de enfermagem à pessoa com síndrome de down na Estratégia Saúde da Família. **R. Enferm. Cent. O. Min**, Minas Gerais, v. 2, n. 4, p.1076-1089, ago. 2014.

NDENGEYINGOMA, A.; RUEL, J. Nurses' representations of caring for intellectually disabled patients and perceived needs to ensure quality care. **Journal of Clinical Nursing**, v. 25, p. 3199-3208, 2016.

OLIVEIRA, M.R. *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem brasileira. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 6, n. 6, p.1625-1631, jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convention on the Rights of Persons with Disabilities**. 2006. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>. Acesso em: 23 ago. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Resolução ONU nº 2542/75**. Declaração do Direito das Pessoas Portadoras de Deficiência. 1975. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec_def.pdf. Acesso em: 23 ago. 2019.

OUELLETTE-KUNTZ, H. *et al.* Are we making a difference in primary care for adults with intellectual and developmental disabilities? **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, 2018.

Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2018.v42/e154>. Acesso em: 02 ago. 2019.

PIMENTA, R.A.; RODRIGUES, L.A.; GREGUOL, M. Avaliação da qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de pessoas com deficiência intelectual. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 3, p. 69-76, 2010.

ROSSO, L.E.; LOSSO, A.R.S. Cuidado de enfermagem na APAE: necessidades da equipe multiprofissional. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 2, n. 5, p.1076-1089, dez. 2016.

SANTOS, F.H.S.; DOTA, F.P. Inclusão profissional de pessoas com deficiência intelectual: uma questão de autonomia. In: GUILHOTO, L. (org.). **Envelhecimento e deficiência intelectual: uma emergência silenciosa**. 2. ed. São Paulo: Instituto APAE de São Paulo, 2013. p. 117-132.

SANTOS, F.H.; WATCHMAN, K.; JANICKI, M.P. Highlights from the international summit on intellectual disability and dementia. **Dement Neuropsychol**, v. 12, n. 4, p. 329-336, dec. 2018.

TAUA, C.; NEVILLE, C.; SCOTT, T. Appreciating the work of nurses caring for adults with intellectual disability and mental health issues. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 26, p. 629-638, 2017.

TOMAZ, R.V.V. *et al.* Políticas públicas de saúde para deficientes intelectuais no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 155-172, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Atlas: Global Resources for Persons with Intellectual Disabilities**. 2007. Disponível em:

http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas_id_2007.pdf. Acesso em: 22 ago. 2019.

5.2 MANUSCRITO 2 – CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

RESUMO

Objetivo: Elaborar e validar o conteúdo com enfermeiros *experts* a proposta de Processo de Enfermagem para pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento. **Método:** Trata-se de estudo metodológico, de elaboração e validação de uma tecnologia assistencial, construída a partir de revisão integrativa, Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, Taxonomia NANDA NIC-NOC e revisão narrativa, realizado de março de 2018 a novembro de 2019, A validação de conteúdo quanto a concordância, aparência, objetividade, pertinência e precisão foi realizada por 14 juízes especialistas, em duas rodadas para ajustes na redação do conteúdo sugerido. A análise foi através do Índice de Validação de Conteúdo. **Resultados:** A avaliação dos juízes alcançou Índice global de 0,85 a 1,00, caracterizando o instrumento como de boa qualidade. **Conclusões:** o Processo de Enfermagem para a pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento foi elaborado e validado quanto a sua concordância, aparência, objetividade, pertinência e precisão.

Palavras-chave: Enfermagem. Processo de Enfermagem. Deficiência intelectual. Envelhecimento. Idosos. Validação.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional cresce abruptamente de forma mundial. O Brasil não está fora deste cenário, isto evidencia um grande desafio à saúde pública que está em constantes pesquisas a fim de contribuir para o envelhecimento saudável. Neste mesmo cenário do envelhecimento nos deparamos com a pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento algo tão singular e único em um acontecimento acelerado pelas suas próprias condições orgânicas que estereótipos negativos são lançados (GUILHOTO, 2013).

Com foco nessa análise é que a Enfermagem enquanto profissão do cuidado vem contribuir para o avanço na qualidade de vida desta parcela da população, apesar de ainda serem poucos os enfermeiros atuantes na assistência a este público.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) fundamenta metodologicamente e cientificamente as práticas de cuidado fornecendo subsídios capazes de estipular o direcionamento para a tomada de decisão coerente com a necessidade de cada indivíduo. Dessa maneira é através do Processo de Enfermagem (PE) que as ações

sistematizadas e inter-relacionadas são organizadas de forma dinâmica determinada (MOLA *et al.*, 2019).

A resolução do COFEN n. 358/2009 operacionaliza as etapas do Processo de Enfermagem de forma inter-relacionada e subsequentes, conforme segue: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009). Estas etapas do Processo de Enfermagem (PE) são embasadas por meio da teoria de Wanda Horta, criadora de um modelo teórico próprio, com ações organizadas e inter-relacionadas praticadas de forma dinâmica que visam à assistência integral ao ser humano (MOSER *et al.*, 2018).

De acordo com pesquisas desenvolvidas mundialmente, voltadas para a adequação dos diagnósticos de enfermagem, surge a Taxonomia NANDA-I contribuindo para a padronização dos diagnósticos de enfermagem em diferentes áreas do cuidado, fortalecendo significativamente a qualidade da assistência de enfermagem (ALENCAR *et al.*, 2018). Já a *Nursing Intervention Classification* (NIC) e a *Nursing Outcome Classification* (NOC) surgiram posteriormente para contribuir na identificação intervenções e resultados de enfermagem que caracterizariam uma melhor dinâmica na estruturação do Processo de Enfermagem (SENA *et al.*, 2017).

Diante da importância que a SAE representa para o enfermeiro legitimando seu conhecimento baseado em dados científicos e seu respaldo legal na profissão é que este estudo teve como objetivo: validar o conteúdo de uma proposta de Processo de Enfermagem para pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento com enfermeiros *experts*.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de elaboração e validação interna de uma tecnologia assistencial. De forma sintetizada, os passos metodológicos foram: 1) Revisão de literatura (integrativa e narrativa); 2) Seleção do Conteúdo; 3) Elaboração do Processo de Enfermagem; 4) Validação com juízes *experts*. Estes serão descritos a seguir.

Inicialmente realizou-se uma revisão integrativa de estudos publicados nos últimos 10 anos (2008-2019) que versassem sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem para pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento, por meio de buscas em algumas bases de dados, no mês de fevereiro de 2019, como Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Cumulative Index to Nursing and Allied* (CINAHL), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

(PUBMED/MEDLINE), *Web of Science*, *Cochrane e Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e SCOPUS, utilizando-se as palavras/descriptores em espanhol, português e inglês: “idoso”, “envelhecimento”, “deficiência intelectual”, “processo de enfermagem”, “cuidado de enfermagem”, e palavras associadas. Do total de 426 artigos apenas 12 foram selecionados e destes, nenhum continha em seu conteúdo especificidades relacionadas à SAE para o envelhecido com deficiência intelectual. Doravante foi necessário realizar uma revisão narrativa onde foram elencados outros artigos, documentos e legislações vigentes no Brasil que tratam sobre a temática e sobre os direitos garantidos às pessoas com deficiência; também foi realizada uma revisão em livros, manuais e cartilhas do Ministério da Saúde, que abordassem aspectos inerentes ao tema.

Desse modo, essas informações forneceram embasamento teórico e científico onde foi realizada a seleção dos conteúdos, constituindo a segunda etapa do estudo. Estes conteúdos foram organizados de maneira a existirem agrupamentos de assuntos que se relacionassem, buscando facilitar a compreensão para uma etapa posterior, qual seja: análise dos *experts*.

O processo de enfermagem foi dividido em quatro partes, sendo a elaboração do histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, prescrição de enfermagem e os resultados esperados.

A construção do histórico de Enfermagem se deu a partir da experiência prévia da pesquisadora, em nível assistencial, com pessoas em processo de envelhecimento e com deficiência intelectual, bem como a fundamentação teórica de Wanda Aguiar Horta abordando as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Para a construção dos diagnósticos de enfermagem, estes deveriam ir ao encontro das principais necessidades das pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento, sabendo-se que este público apresenta inúmeras especificidades dentro da sua vivência diária. Então, optou-se pela NANDA-I 2018-2020 onde foram elencados 31 diagnósticos de enfermagem, suas características definidoras e fatores relacionados. Com base nos diagnósticos iniciou-se a elaboração das intervenções/prescrição de enfermagem, sendo todas fundamentadas com base nos estudos da revisão integrativa, na revisão narrativa e pela *Nursing Intervention Classification* (NIC-2016). A *Nursing Outcomes Classification* (NOC-2010) foi a principal ferramenta que subsidiou na escolha dos resultados esperados e as propostas de alcance das situações vivenciadas.

A quarta e última etapa foi a validação de conteúdo desenvolvida por *experts*. A validação constitui uma forma de se examinar minuciosamente um instrumento produzido, de modo a ser verificado se este mede exatamente o que propõe. Para esse processo de validação

foram convidados experts na temática, seja em relação a desenvolvimento de estudos/pesquisas ou por atuar na área assistencial. Para a seleção de pesquisadores/docentes, a busca se deu via Plataforma *Lattes* com os filtros: formação acadêmica/titulação, atuação profissional e produções técnicas e bibliográficas, com as palavras-chave da produção: enfermagem, envelhecimento e deficiência. Foram incluídos pesquisadores com mais de dois anos de experiência mínima, somando 10. Destes, somente dois retornaram sinalizando interesse no estudo, e portanto, foram incluídos. Já os dezessete juízes técnicos (enfermeiros com experiência assistencial) se deu a partir o contato com a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC), para averiguar a presença de enfermeiros atuantes nas instituições específicas prestadoras de cuidado às pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento.

A primeira rodada de validação de conteúdo ocorreu de outubro a novembro de 2019, sendo enviados convites por meio eletrônico. Após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o instrumento de avaliação foi enviado via *Google Forms*. O prazo inicial para o retorno foi de 15 dias. Para cada item avaliado, o juiz tinha a opção de escolher: 1-discordo, 2-discordo parcialmente, 3-concordo parcialmente e 4-concordo; o cálculo do escore foi feito a partir da quantidade de itens que receberam uma pontuação entre 3 e 4, sendo os com menor pontuação foram eliminados ou revisados pelos pesquisadores. O Cálculo do Índice de Validação de Conteúdo (IVC) quantificou o nível de concordância considerando-se válidos aqueles que atingiram um índice igual ou maior do que 80%.

Na segunda rodada de avaliação, após a apreciação das observações e sugestões dos juízes, quanto à necessidade de mudanças do roteiro, foram realizadas as alterações necessárias, que na sua maioria foram em relação à redação do instrumento. Nessa segunda avaliação, todos os juízes concordaram com as alterações.

RESULTADOS

Em relação à estruturação do Processo de Enfermagem nos quadros 1, 2 e 3 são apresentados os tópicos gerais que compõem o roteiro, separados nos domínios: 1. Histórico de Enfermagem (Dados gerais; Dados do usuário; Necessidades humanas básicas: psicobiologias; Necessidades humanas básicas: psicossociais; Necessidades humanas básicas: psicoespirituais); 2. Diagnósticos de Enfermagem; 3. Plano Assistencial de Enfermagem (Intervenções e Resultados estabelecidos NIC/NOC).

Quadro 1 – Histórico de Enfermagem a pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento. Florianópolis-SC, Brasil, 2019.

<p>1. DADOS GERAIS</p> <p>Data: _____</p> <p>Nº Prontuário: _____</p> <p>Ingresso na instituição: _____</p> <p>Entrevistado: () Educando () Familiar () Cuidador Especificar: _____</p>
<p>2. IDENTIFICAÇÃO DO EDUCANDO</p> <p>Nome: _____</p> <p>Data de nascimento: _____</p> <p>Idade: _____</p> <p>Religião: _____</p> <p>Local de residência: () casa () apartamento () ILPI () outros</p> <p>Reside com quem: _____</p>
<p>3. HISTÓRIA ATUAL DE SAÚDE</p> <p>Diagnóstico Médico: _____</p> <p>Diagnóstico DI () leve () moderado () grave</p> <p>Alergia a medicamentos: _____ Especificar: _____</p> <p>Alergia alimentar: _____ Especificar: _____</p> <p>Breve História clínica: _____</p> <p>➤ Comorbidades relacionadas:</p> <p>() Hipertensão Arterial Sistêmica</p> <p>() Diabetes Mellitus</p> <p>() Deficiência Visual () Deficiência Auditiva () Deficiência Física</p> <p>() Transtorno Espectro Autista</p> <p>() Transtornos Mentais. Especificar: _____</p> <p>() Epilepsia</p> <p>() Cardiopatia</p> <p>() Nefropatia</p> <p>() Outros. Especificar: _____</p> <p>➤ Parâmetros adicionais:</p> <p>Peso: _____</p> <p>Altura: _____</p> <p>IMC: _____</p>

4. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS PSICBIOLÓGICAS

➤ Oxigenação

Frequência respiratória: _____mrpm

Respiração: eupneico () dispneico () bradpneico () taquipneico () ortopnéico ()

Tosse: produtiva () não produtiva ()

Expectoração: () espessa () purulenta cor: _____

Ausculat Pulmonar _____ Saturação de oxigênio _____

➤ Hidratação

Volume: () Aumentado () Diminuído

Uso de espessante () sim () não Engasga () sim () não

Preferências: _____

Horários: _____

Número de vezes/quantidade _____

➤ Alimentação

Hábitos alimentares: () bom () ruim () regular

Preferências: _____

Alergias e intolerâncias: () sim () não

Especificar: _____

Dependência na alimentação: () sim () não

Problemas relacionados: () disfagia () mastigação () deglutição

➤ Eliminação (frequência e características)

Intestinal: () normais () constipação () diarreia

Características: _____

Urinária: () espontânea () disúria () hematúria () retenção

() incontinência de urgência () incontinência de esforço

() Cateterismo Vesical de Demora () Cateterismo Vesical de Alívio

Uso de fralda () sim () não

Menstrual: () Ciclo Regular () Ciclo Irregular () Menopausa

➤ Sono e repouso

Características: () dorme regularmente () insônia () dificuldade de dormir,

Hábitos relacionados: _____

Tempo de sono em horas: _____

Problemas que dificultam: _____

➤ Locomoção, Mecânica Corporal, Integridade Física e Funcionalidade

Deambula () não deambula () deambula com auxílio ()

Uso de cadeira de rodas () sim () não

Uso de cadeira de bengalas () sim () não

Uso de próteses, órteses. Especificar: _____

Deformidades. Especificar: _____

Movimento corporal: _____

Força motora: MMSS () preservada () paresia () plegia D e E () parestesia

MMII () preservada () paresia () plegia D e E () parestesia

() Movimentos lentos () movimentos involuntários

Rigidez muscular () sim () não

Deformidades: () ausentes () presentes tipo/ local: _____

➤ Capacidade funcional

Realiza atividades de vida diária: () Sim () Não

Realiza atividades instrumentais de vida diária: () Sim () Não

➤ Atividade física:

Exercícios e atividades praticadas: _____

Especificar (tipo, frequência): _____

O que prejudica a realização de exercícios: _____

O que facilita: _____

➤ Integridade cutâneo mucosa

Pele: () íntegra () seca () flácida () descamativa

() hidratada () desidratada

Lesões: () sim () não Descrever: _____

Lesão por Pressão: () sim () não Descrever: _____

Couro cabeludo: () sem alterações () alopecia () sujidade () lesões () pediculose

Dentes: () íntegros () ausentes () prótese dentária () fraturas

() cárie () escurecimento

Abdômen: () plano () globoso () distendido

Observações: _____

RHA: () ausente () presentes () diminuídos

Órgãos genitais: () íntegros () não íntegros

➤ Cuidado Corporal

Dependência para o cuidado: () sim () não

Presença de cuidador: () não () sim . Especificar: _____

➤ Regulações Neurológica e Térmica

Estado mental: () alerta () orientado () irritado () confuso

() letárgico () sonolento

Pupilas: () isocóricas () anisocóricas () miose () midríase

Crise convulsiva: () sim () não Especificar: _____

Temperatura: () normal () hipotermia () hipertermia _____

Turgor: () preservado () diminuído

Perfusão tissular: () normal () diminuída

Extremidades: () quentes () frias

➤ Regulação Vascular e térmica

FC: _____ bpm

Pulso: () regular () irregular () impalpável () filiforme () palpável

() cheio

Pressão Arterial: _____

Edema: () sim () não local: _____

Hematomas, petéquias, equimoses: () sim () não Especificar: _____

Hiperemia: () sim () não Especificar: _____

Prurido: () sim () não Especificar: _____

➤ Hormonal

Alterações :

Hiperglicemia () hipoglicemia ()

Problemas terapêuticos relacionados: _____

Uso de insulina () uso de corticoides () dieta especial () Especificar: _____

➤ Terapêutica:

Medicações utilizadas: _____

➤ Sexualidade:

Problemas relacionados com os órgãos genitais: _____

Problemas relacionados com a vida sexual: _____

➤ Segurança física:

prevenção de quedas: () sim () não em quais situações: _____

prevenção de fugas: () sim () não

5. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS PSICOSSOCIAIS

➤ Auto – Realização

Possui autonomia: () Sim () Não

➤ Comunicação

Verbal () Não verbal () Disfasia () Afasia ()

Visão: () normal () óculos () cegueira

Audição: () normal () prejudicada () surdez: () D () E

➤ Gregária e segurança emocional

Convívio com o outro: () interação satisfatória () interação insatisfatória

Lugares que frequenta: _____

Possui amigos: () Sim () Não

Possui apoio familiar: () Sim Especificar: _____ () Não

Possui rede de suporte social: () Sim. Especificar: _____ () Não

Necessidade de acompanhante sim () não ()

() Medo () Ansiedade () agitação () agressividade () irritabilidade

() Solicitante () Outros

➤ Recreação e Lazer

Manifesta vontade de participar das atividades propostas: sim () não ()

Desejo de permanecer isolado () sim não ()

Descreva os momentos: _____

6. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS PSICOESPIRITUAIS

➤ Religiosidade e Espiritualidade

() Praticante () Não praticante. Descrever: _____

Quadro 2 - Diagnósticos de enfermagem validados de acordo com a taxonomia (NANDA/ 2018-2020).
Florianópolis-SC, Brasil, 2019.

DIAGNÓSTICO	RELACIONADO À	CARACTERIZADO POR
➤ Risco de lesão	➤ Relacionado a acessórios para locomoção	➤ Permanência prolongada na mesma posição
➤ Manutenção ineficaz da saúde	➤ Sentimento de impotência	➤ Incapacidade de assumir a responsabilidade de atender a práticas básicas de saúde
➤ Envolvimento em atividades de recreação diminuído	➤ Falta de condicionamento físico	➤ Mobilidade prejudicada
➤ Mucosa oral prejudicada	➤ Gengivas hiperemiadas	➤ Halitose e sujidade interdental
➤ Constipação	➤ Imobilização física	➤ Ausência de evacuação
➤ Síndrome do idoso frágil	➤ Medo de quedas	➤ Deambulação prejudicada
➤ Deglutição prejudicada	➤ Condições com hipotonia muscular significativa	➤ Engasgos antes de deglutir
➤ Obesidade	➤ Comportamentos alimentares desorganizados	➤ Compulsão alimentar
➤ Risco de glicemia instável	➤ A incapacidade de controle da doença	➤ Ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia
➤ Incontinência urinária funcional	➤ Enfraquecimento das estruturas de suporte pélvico	➤ Perda de urina antes de chegar ao banheiro
➤ Mobilidade física prejudicada	➤ Força muscular diminuída	➤ Instabilidade postural
➤ Risco de constipação	➤ Motilidade gastrointestinal diminuída	➤ Dentição prejudicada
➤ Incontinência intestinal	➤ Dificuldade no autocuidado para higiene íntima	➤ Desatento à urgência para evacuar
➤ Distúrbio no padrão de sono	➤ Padrão de sono não restaurador	➤ Dificuldade para manter o sono
➤ Capacidade de transferência prejudicada	➤ Equilíbrio prejudicado	➤ Capacidade prejudicada de transferir-se entre superfícies de níveis diferentes
➤ Deambulação prejudicada	➤ Medo de quedas	➤ Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares
➤ Fadiga	➤ Estilo de vida não estimulante	➤ Capacidade prejudicada para manter o nível habitual de atividade física
➤ Perfusão tissular periférica ineficaz	➤ Estilo de vida sedentário	➤ Alteração em característica da pele
➤ Intolerância à atividade	➤ Alteração na função cognitiva	➤ Irritabilidade

➤ Déficit no autocuidado para alimentação	➤ Motivação diminuída	➤ Capacidade prejudicada para usar dispositivos auxiliares
➤ Déficit no autocuidado para banho	➤ Barreira ambiental	➤ Capacidade prejudicada de lavar o corpo
➤ Déficit no autocuidado para vestir-se	➤ Motivação diminuída	➤ Capacidade prejudicada de vestir cada um dos itens do vestuário
➤ Confusão crônica	➤ Demência	➤ Prejuízo progressivo na função cognitiva
➤ Memória prejudicada	➤ Prejuízo neurológico	➤ Incapacidade persistente de recordar informações sobre fatos ou evento
➤ Comunicação verbal prejudicada	➤ Condição fisiológica	➤ Dificuldade para verbalizar
➤ Padrão de sexualidade ineficaz	➤ Conflito sobre orientação sexual	➤ Dificuldade com comportamento sexual
➤ Risco de aspiração	➤ Tosse ineficaz	➤ Capacidade prejudicada para degluti
➤ Dentição prejudicada	➤ Dificuldade de acesso a cuidados dentários	➤ Ausência de dentes
➤ Risco de trauma físico	➤ Equilíbrio prejudicado	➤ Iluminação insuficiente
➤ Isolamento social	➤ Recursos pessoais insuficientes	➤ Incapacidade de atender às expectativas de outros
➤ Risco de solidão	➤ Isolamento social	

As intervenções descritas no quadro 3 foram realizadas através de busca em estudos específicos condizentes com a revisão integrativa, sendo que as intervenções mencionadas que não apresentam referências foram elencadas a partir da revisão narrativa, como forma complementar.

Quadro 3 - Plano assistencial de enfermagem com intervenções e resultados estabelecidos de acordo com NIC e NOC. Florianópolis-SC, Brasil, 2019.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES (NIC)	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)
----------------------------------	---------------------------	-----------------------------------

<p><u>Necessidade Cognitiva</u></p> <p>Confusão crônica</p> <p>Memória prejudicada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar nível de ansiedade relacionado com a situação. • Detectar comportamentos que possam indicar a possibilidade de violência. • Proporcionar ambiente calmo e eliminar estímulos externos (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Determinar os fatores físicos/bioquímicos que podem estar relacionados com a perda de memória (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). 	<p>Ficará seguro e livre de perigo (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Lembrar de coisas essenciais quando possível (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>
<p><u>Necessidade Respiratória</u></p> <p>Risco de aspiração</p> <p>Fadiga</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar alimentos ingeridos. • Avaliar o volume a consistência das secreções respiratória e força do reflexo de tosse/engasgo (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Aceitar a realidade de queixas de fadiga e não subestimar seu efeito na qualidade de vida (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Planejar a assistência para assegurar que o idoso tenha períodos adequados de repouso (SILVA <i>et al.</i>, 2013). • Identificar as causas da fadiga e monitorar se advém da dor ou do uso de medicamentos (SILVA <i>et al.</i>, 2013). 	<p>Minimizar riscos de engasgos (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Participar das atividades propostas de acordo com sua capacidade (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Conservação de energia (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>
<p><u>Necessidade de Nutrição</u></p> <p>Obesidade</p> <p>Deglutição prejudicada</p> <p>Déficit no autocuidado para alimentação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manter controle nutricional e de líquidos (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Rever atividades diárias e estimular participação em programa de exercícios físicos planejados. • Identificar fatores individuais que podem desencadear aspiração e comprometer vias aéreas. • Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de aspiração (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Determinar o grau de limitação. • Estimular a participação na escolha dos alimentos (BULECHEK; BUTCHER; 	<p>Atingir peso corporal desejável (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Ações apropriadas para melhorar a ingestão e evitar aspiração (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Melhorar o padrão de capacidade (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>

Dentição prejudicada	<p>DOCHTERMAN, 2016).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar estado atual da higiene dentária e saúde oral (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Ajudar/estimular a escovação e utilização do fio dental (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). 	Melhora da condição dental (MOORHEAD <i>et al.</i> , 2016).
<p><u>Necessidade de Eliminação</u></p> <p>Constipação</p> <p>Incontinência intestinal</p> <p>Risco de constipação</p> <p>Incontinência urinária funcional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a ingestão hídrica e de alimentos com fibra (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Estimular deambulação. • Determinar a causa física ou psicológica da incontinência fecal (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Lavar a área perianal com sabão com ph levemente ácido e água e secá-la, completamente após cada eliminação de fezes (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Avaliar fatores desencadeantes e utilizar estratégias para minimizar e/ou interromper a incontinência (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Utilizar creme barreira (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Avaliar a ingestão atual de alimentos e líquidos e suas implicações na função intestinal (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Avaliar função cognitiva que possa afetar o estado mental e a percepção do desejo urgente de urinar e /ou seu significado (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Avaliar ingesta hídrica diária, reduzir ingesta hídrica ao anoitecer (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Realizar diário miccional (para ver o quanto urina, intervalos e verificar resíduo vesical) (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Avaliar ingesta de irritantes vesicais 	<p>Eliminação intestinal (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Manutenção da integridade da pele perianal (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Manter o padrão habitual de funcionamento intestinal (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Conseguir urinar em locais aceitáveis (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>

	(cafeína, refrigerante, alimentos condimentados/apimentados) (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018).	
<u>Necessidade de integridade física</u>		
Risco de lesão	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisionar a pele (PEREIRA <i>et al.</i>, 2014). • Auxiliar para evitar sentar na mesma posição por períodos prolongados (PEREIRA <i>et al.</i>, 2014). • Monitorar a melhora na postura/mecânica corporal do paciente (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Monitorar atentamente o surgimento de áreas avermelhadas, principalmente proeminências ósseas (PEREIRA <i>et al.</i>, 2014). • Mudar o posicionamento com cuidado (p. ex., evitar cisalhamento) para evitar lesão a uma pele fragilizada (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). 	Manutenção da integridade tissular: pele e mucosas (MOORHEAD <i>et al.</i> , 2016).
Mucosa oral prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> • Usar uma escova de dentes macia para remover resíduos dos dentes. • Orientar e auxiliar o paciente a fazer a higiene oral após as refeições e sempre que necessário (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). 	Manter integridade da mucosa oral (MOORHEAD <i>et al.</i> , 2016).
<u>Necessidade Corporal e Ambiental</u>		
Déficit no autocuidado para banho	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a sua participação na escolha das roupas (SILVA <i>et al.</i>, 2013). • Ajudar a corrigir a dificuldade na forma de vestir-se (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). 	Manter higiene corporal favorável (MOORHEAD <i>et al.</i> , 2016).
Déficit no autocuidado para vestir-se	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar áreas que o paciente necessita de ajuda para vestir-se (SILVA <i>et al.</i>, 2013). • Estimular sua participação na identificação do problema e no processo de decisão (SILVA <i>et al.</i>, 2013). 	Estimular suas escolhas (MOORHEAD <i>et al.</i> , 2016).
<u>Necessidade Vascular e Térmica</u>		
Perfusão tissular periférica ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar a realizar exercícios de mobilização ativa/passiva. • Estimular deambulação precoce. • Elevar os membros inferiores quando sentado, mas evitar angulações agudas dos quadris ou dos joelhos (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). 	Melhora da perfusão afetada (MOORHEAD <i>et al.</i> , 2016).

<p><u>Necessidade de Atividade Física</u></p> <p>Mobilidade física prejudicada</p> <p>Deambulação prejudicada</p> <p>Capacidade de transferência prejudicada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover exercícios: treino para fortalecimento e alongamentos; deambulação; promoção da mecânica corporal (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Orientar sobre uma boa postura enquanto realiza qualquer atividade (SILVA <i>et al.</i>, 2013). • Identificar condições clínicas que contribuem para dificuldade de andar. • Proporcionar medidas de segurança conforme a indicação, inclusive adaptação ambiental/prevenção de quedas. (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Monitorar o alinhamento e equilíbrio corporal. • Observar as respostas emocionais, comportamentais e dificuldades de mobilidade (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). 	<p>Locomoção: caminhar (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Conseguir movimentar-se no ambiente quando necessário, dentro dos limites de sua capacidade ou com dispositivos auxiliares apropriados (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Entender a situação e as medidas apropriadas de segurança (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>
<p><u>Necessidade de Sono e Repouso</u></p> <p>Distúrbio no padrão de sono</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as circunstâncias que interrompem o sono e a frequência com que ocorrem (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Investigar se o educando ressona e em que posição isto ocorre (DOENGES MOORHOUSE; MUUR, 2018). 	<p>Sentir-se melhor e mais descansado (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>
<p><u>Necessidade Psicobiológica</u> <u>Regulação Hormonal</u></p> <p>Risco de glicemia instável</p> <p>Padrão de sexualidade ineficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a necessidade de controle da glicemia capilar (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Identificar e registrar uso de medicamentos hipoglicemiantes/ insulina (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Avaliar sinais de hiperglicemia e de hipoglicemia (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Realizar todos os registros pertinentes no prontuário do educando, relacionados aos diagnósticos identificados, às condutas tomadas pela equipe e suas respostas (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). 	<p>Entender e compreender as limitações e alterações que ocorrem (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar os fatores culturais/religiosos que possa existir (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). 	
<p><u>Necessidade de Senso Percepção</u></p> <p>Síndrome do idoso frágil</p> <p>Manutenção ineficaz da saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a identificação e a expressão dos sentimentos (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Estimular a participação em atividades/grupos nos quais possa praticar habilidades novas e desenvolver novos relacionamentos (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Estimular a habilidade para entender as necessidades de manutenção de saúde/AVDs (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). 	<p>Necessidades de longo prazo (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Realizar alteração no estilo de vida que favorecem as metas individuais de promoção da saúde (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>
<p><u>Necessidade de Segurança Emocional</u></p> <p>Isolamento social</p> <p>Risco de solidão</p> <p>Risco de trauma físico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer uma relação de confiança. • Fornecer estímulos ambientais favoráveis (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Oferecer oportunidade de interações em um ambiente acolhedor (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Ajudar a realizar atividades de transferência conforme necessidade (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). 	<p>Desejo de envolver-se com os outros (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Introduzi-lo em atividades sociais (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Eliminar fatores de risco potencial do ambiente (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>
<p><u>Necessidade de Comunicação</u></p> <p>Comunicação verbal prejudicada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o grau de disfunção. • Estabelecer relação de ouvir atentamente e ficar atento as expressões verbais e não verbais (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Determinar como se comunicar efetivamente, usando gestos, palavras escritas, sinais ou leitura labial. • Monitorar as mudanças no padrão da fala e no nível de orientação (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). 	<p>Estabelecer método de comunicação pelo qual possa expressar suas necessidades (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>
<p><u>Necessidade Recreação e Lazer</u></p> <p>Envolvimento em</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar disponibilidade e recursos para entrosamento (DOENGES; 	<p>Atender as próprias demandas ou necessidades</p>

atividades de recreação diminuído	MOORHOUSE; MUUR, 2018).	(MOORHEAD <i>et al.</i> , 2016).
Intolerância à atividade	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a participação em atividades recreativas/ sociais e de lazer apropriadas à situação. 	Aumento perceptível da tolerância à atividade (MOORHEAD <i>et al.</i> , 2016).

A revisão integrativa e narrativa da literatura sustentou a elaboração dos conteúdos, bem como a experiência prática da pesquisadora. Os conteúdos encontrados na literatura foram adaptados de acordo com as especificidades do público estudado.

As etapas do Processo de Enfermagem emergiram da fundamentação teórica das Necessidades Humanas Básica de Wanda Aguiar horta e da Resolução COFEN 358/2009 que regulamenta a utilização da SAE em toda instituição de saúde, pública e privada, no território brasileiro, sendo registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário.

Assim foi organizado um roteiro para o PE, composto por três partes: a primeira contempla o Histórico de Enfermagem e Exame Físico; a segunda os Diagnósticos de Enfermagem com os fatores relacionados e características definidoras; e a terceira com a Prescrição de Enfermagem juntamente com os Resultados Esperados.

No Histórico de Enfermagem todas as necessidades humanas básicas foram elencadas de acordo com as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. A amplitude de importantes informações do exame físico se baseia nas NHB, que se inter-relacionam através de um roteiro sistematizado focado nas necessidades psicobiologias que são: oxigenação, hidratação, alimentação, eliminações, sono e repouso, locomoção, capacidade funciona, atividade física, integridade cutâneo mucosa, cuidado corporal, regulação neurológica e térmica, regulação vascular e térmica, hormonal, terapêutica, sexualidade, segurança física. Para as necessidades psicossociais elencou-se: auto realização, comunicação, gregária e segurança emocional, recreação e lazer. Dentro das necessidades psicoespirituais somente questionou-se sobre a religiosidade e espiritualidade.

Os 31 diagnósticos de enfermagem selecionados para compor o roteiro de PE tiveram como base de escolha a teoria das NHB e a prática da pesquisadora no atendimento aos indivíduos foco deste estudo, sendo que todos discorrem sobre o detalhamento dos principais problemas da prática, o que requereu maior pensamento crítico e embasamento científico.

Na terceira e última etapa foram construídas 68 intervenções de enfermagem que são medidas para a solução dos diagnósticos de enfermagem identificados, registrados previamente pelo enfermeiro a partir da análise do histórico de enfermagem e exame físico, juntamente com os resultados esperados. A experiência prática da pesquisadora foi primordial

para a confecção das prescrições de enfermagem e seus resultados esperados, pois é principal medida de resolução dos diagnósticos de enfermagem. Assim foram estruturadas 68 intervenções de enfermagem de acordo com a NIC e NOC.

Para a validação do conteúdo participaram 14 enfermeiros *experts* que responderam através da Escala *Likert* contendo os escores 1 (discordo), 2 (discordo parcialmente), 3 (concordo parcialmente) e 4 (concordo) e com um espaço para sugestões e comentários, os itens do instrumento.

Na tabela 1 são apresentados os valores do cálculo IVC entre os Juízes *experts* da primeira rodada, em relação aos itens que compõem o instrumento de Processo de Enfermagem para Pessoas com Deficiência Intelectual em Processo de Envelhecimento.

Tabela 1 – Versão simplificada de Conteúdos avaliados e Índice de Validade de Conteúdo (IVC) entre os juízes *experts* na primeira rodada de validação. Florianópolis-SC, Brasil, 2019. (n=14)

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM					
	IVC *	AP*	OB*	P*	PR *
Dados gerais	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Dados do usuário	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Necessidades humanas básicas: psicobiologias	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85
Necessidades humanas básicas: psicossociais	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Necessidades humanas básicas: psicoespirituais	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados de acordo com a taxonomia (Segundo NANDA/ 2018-2020)					
	IVC *	AP*	OB*	P*	PR *
DE: Risco de lesão	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
DE: Manutenção ineficaz da saúde	0,85	0,92	0,92	0,92	0,92
DE: Envolvimento em atividades de recreação diminuído	0,92	0,92	0,92	0,92	0,78
DE: Mucosa oral prejudicada	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
DE: Risco de glicemia instável	0,78	0,85	0,85	0,85	0,85
DE: Constipação	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
DE: Síndrome do idoso frágil	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
DE: Deglutição prejudicada	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
DE: Obesidade	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85
DE: Incontinência urinária funcional	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
DE: Mobilidade física prejudicada	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
DE: Fadiga	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92

DE: Risco de constipação	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
DE: Incontinência intestinal	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
DE: Distúrbio no padrão de sono	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
DE: Capacidade de transferência prejudicada	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85
DE: Deambulação prejudicada	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85
DE: Perfusão tissular periférica ineficaz	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85
DE: Intolerância à atividade	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
DE: Déficit no autocuidado para alimentação	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
DE: Déficit no autocuidado para banho	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
DE: Déficit no autocuidado para vestir-se	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
DE: Confusão crônica	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
DE: Memória prejudicada	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
DE: Comunicação verbal prejudicada	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
DE: Padrão de sexualidade ineficaz	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
DE: Risco de aspiração	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
DE: Dentição prejudicada	0,85	0,92	0,92	0,85	0,85
DE: Risco de trauma físico	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
DE: Isolamento social	0,85	0,85	0,85	0,85	0,92
DE: Risco de solidão	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92

PLANO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM COM INTERVENÇÕES E RESULTADOS ESTABELECIDOS DE ACORDO COM A NIC E NOC

	IVC *	AP*	OB*	P*	PR *
Risco de lesão	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Manutenção ineficaz da saúde	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Envolvimento em atividades de recreação diminuído	0,92	0,85	0,92	0,92	0,92
Mucosa oral prejudicada	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Constipação	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Síndrome do idoso frágil	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Deglutição prejudicada	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Obesidade	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Risco de glicemia instável	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Incontinência urinária funcional	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Mobilidade física prejudicada	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Risco de constipação	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Incontinência intestinal	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Distúrbio no padrão de sono	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Capacidade de transferência prejudicada	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Deambulação prejudicada	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Fadiga	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Perfusão tissular periférica ineficaz	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Intolerância à atividade	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Déficit no autocuidado para alimentação	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Déficit no autocuidado para banho	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Déficit no autocuidado para vestir-se	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Confusão crônica	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85

Memória prejudicada	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85
Comunicação verbal prejudicada	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Padrão de sexualidade ineficaz	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Risco de aspiração	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85
Dentição prejudicada	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Risco de trauma físico	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85
Isolamento social	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
Risco de solidão	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92

*IVC: índice de validade de conteúdo - *AP: aparência - *OBJ: objetividade - *P: pertinência - *PR: precisão da redação

Fonte: Dados da pesquisa

Na primeira rodada, os valores de concordância encontrados variaram entre 0,85 e 0,92 a porcentagem de concordância do instrumento como um todo foi de 0,92, sendo que os valores mínimos encontrados em relação à objetividade, pertinência e precisão da redação foram 0,85. Embora os juízes tivessem concordado sobre vários itens do instrumento, sugestões de melhoria em relação à estrutura do conteúdo, redação e adequação de termos foram propostas, analisadas e incluídas.

Dentre as contribuições sugeridas pelos juízes destacam-se: no item 2, identificação do educando a necessidade de acrescentar local de residência especificando se casa, apartamento, ILPI ou outros; no item 3 foi feita a inclusão do diagnóstico da deficiência intelectual: leve, moderado e grave, ainda dentro deste tópico foi incluso na indicação de comorbidades: a deficiência física e o transtorno do espectro autista. No item 4 nas Necessidades Humanas Básicas Psicobiológicas, no item oxigenação foi incluso termos como: eupnéico, dispnéico, bradpnéico, taquipnéico, ortopnéico, ausculta pulmonar e saturação de oxigênio. No quesito hidratação foi acrescentado o uso de espessante e se apresenta engasgos. No quesito eliminação foi acrescido o uso de fraldas; no tópico força motora foi acrescido rigidez muscular.

Com relação aos Diagnósticos de Enfermagem da Nanda (2018- 2020), alguns destes tiveram sua redação modificada a partir das sugestões dos juízes para melhor facilitar a compreensão dos aspectos fisiológicos específicos das pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento, o diagnóstico Risco de Glicemia Instável relacionado à incapacidade de controle da doença caracterizado por ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia; Intolerância à atividade relacionada à alteração na função cognitiva caracterizado por irritabilidade.

Todas as alterações nos conteúdos do instrumento e os resultados obtidos na segunda rodada de validação são apresentados no processo de enfermagem modificado as alterações são apresentadas com letra no formato itálico na tabela 2.

Tabela 2 – Versão simplificada de Conteúdos avaliados e Índice de Validade de Conteúdo (IVC) entre os juízes *experts* na segunda rodada de validação. Florianópolis-SC, Brasil, 2019. (n=14)

PROCESSO DE ENFERMAGEM					
	IVC*	AP*	OB*	P*	PR*
<i>Dados gerais**</i>	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Dados do usuário	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
<i>Necessidades humanas básicas: psicobiológicas**</i>	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Necessidades humanas básicas: psicossociais	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Necessidades humanas básicas: psicoespirituais	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DIAGNÓSTICOS					
Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados de acordo com a taxonomia (Segundo NANDA/ 2018-2020)					
	IVC*	AP*	OB*	P*	PR*
DE: Risco de lesão	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Manutenção ineficaz da saúde	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Envolvimento em atividades de recreação diminuído	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Mucosa oral prejudicada	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
<i>DE: Risco de glicemia instável**</i>	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Constipação	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Síndrome do idoso frágil	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Deglutição prejudicada	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
<i>DE: Obesidade**</i>	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Incontinência urinária funcional	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Mobilidade física prejudicada	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Fadiga	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Risco de constipação	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Incontinência intestinal	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Distúrbio no padrão de sono	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Capacidade de transferência prejudicada	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Deambulação prejudicada	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Perfusão tissular periférica ineficaz	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
<i>DE: Intolerância à atividade**</i>	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Déficit no autocuidado para alimentação	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Déficit no autocuidado para banho	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Déficit no autocuidado para vestir-se	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00

DE: Confusão crônica	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Memória prejudicada	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Comunicação verbal prejudicada	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Padrão de sexualidade ineficaz	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Risco de aspiração	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Dentição prejudicada	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Risco de trauma físico	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Isolamento social	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
DE: Risco de solidão	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
PLANO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM COM INTERVENÇÕES E RESULTADOS ESTABELECIDOS DE ACORDO COM A NIC E NOC					
	IVC*	AP*	OB*	P*	PR*
Risco de lesão	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Manutenção ineficaz da saúde	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Envolvimento em atividades de recreação diminuído	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Mucosa oral prejudicada	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Constipação	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Síndrome do idoso frágil	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Deglutição prejudicada	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Obesidade	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Risco de glicemia instável	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Incontinência urinária funcional	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Mobilidade física prejudicada	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Risco de constipação	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Incontinência intestinal	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Distúrbio no padrão de sono	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Capacidade de transferência prejudicada	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Deambulação prejudicada	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Fadiga	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Perfusão tissular periférica ineficaz	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Intolerância à atividade	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Déficit no autocuidado para alimentação	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Déficit no autocuidado para banho	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Déficit no autocuidado para vestir-se	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Confusão crônica	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Memória prejudicada	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Comunicação verbal prejudicada	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Padrão de sexualidade ineficaz	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Risco de aspiração	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Dentição prejudicada	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Risco de trauma físico	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Isolamento social	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00
Risco de solidão	1,00	1,00	1,00	1,0	1,00

*IVC: índice de validade de conteúdo - *AP: aparência - *OBJ: objetividade - *P: pertinência - *PR: precisão da redação

***Itálico*: sugestões alteradas após avaliação dos juízes

Fonte: Dados da pesquisa

Nesta rodada os quatorze juízes responderam ao roteiro e os valores de concordância encontrados ficaram em 1,00.

DISCUSSÃO

A construção das etapas do PE e a busca pela implementação da SAE estão de acordo com o princípio da integralidade, sendo esta uma das diretrizes da reforma do sistema de saúde brasileiro, mas também um dos princípios mais difíceis de ser atingido plenamente, devido à fragmentação existente entre os diversos serviços, cuja lógica é voltada para os eventos agudos das enfermidades e sem garantias de continuidade assistencial (RIBEIRO; PADOVEZE, 2018).

Os resultados deste estudo revelaram níveis satisfatórios de IVC para confirmar a validação de conteúdo. O roteiro elaborado para o Processo de Enfermagem apresentou nível de concordância satisfatório e uma pequena variância entre os itens, o que garante a consistência e a confiabilidade para a coleta de dados da pessoa em processo de envelhecimento com deficiência intelectual.

A construção e validação do PE, para orientar a conduta do enfermeiro às pessoas em processo de envelhecimento com deficiência intelectual configura-se ferramenta relevante para subsidiar o cuidado de enfermagem. Os resultados obtidos garantem qualidade e proximidade com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, norteadoras da SAE no cenário do estudo. Essa proximidade cumpre o estabelecido pela Resolução n. 358/2009 do COFEN, que determina a necessidade de o PE estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados (COFEN, 2009).

Instrumentos e roteiros validados que visam nortear o PE favorecem a realização da SAE, além de favorecer a aplicação de conhecimentos e estimular o raciocínio clínico do enfermeiro, buscando o aprimoramento constante para assegurar uma assistência de qualidade e segura (TOLENTINO; BETTENCOURT; FONSECA, 2019).

O principal objetivo deste estudo configurou-se na validação dos conteúdos, principalmente para avaliação do suporte teórico. Diante dos resultados obtidos, identificou-se que, na percepção dos *experts*, a necessidade da experiência prática dos cuidados voltados à pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento devido às suas especificidades e desdobramentos específicos de fatores cognitivos (MIRAND *et al.*, 2014).

A primeira parte do roteiro construído, o histórico de enfermagem e exame físico estão alicerçados pelas NHB. Essa primeira etapa do processo de enfermagem subsidia a identificação dos problemas de enfermagem na perspectiva psicológica, biológica, social, econômica e espiritual (DOMINGOS *et al.*, 2015), sustentando as demais etapas do PE. Dessa forma, torna o cuidado integral à saúde a principal vertente para atuação da enfermagem enquanto profissão, priorizando uma assistência qualificada fazendo desse roteiro um mecanismo indispensável para uma prática resolutiva e eficaz, exercida pelos diversos profissionais que atuam e atuaram nessa área (MIRANDA *et al.*, 2014).

A validação de conteúdo ainda permitiu neste estudo, a aproximação dos conteúdos relativos aos diagnósticos de enfermagem com as necessidades das pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento. Pois as contribuições dos *experts*, dentre outros aspectos, incrementaram os conteúdos referentes ao histórico de enfermagem, nos requisitos de identificação, deficiência intelectual, comorbidades, oxigenação, hidratação e eliminação.

A NIC possibilita a estruturação das intervenções de enfermagem através da organização de ações designadas pela enfermagem com foco não apenas no indivíduo, mas sim na coletividade e no contexto em que estão inseridos, levando em conta suas relações determinantes e avaliação das necessidades humanas básicas (BERTONCELLO *et al.*, 2013).

A validação de conteúdo foi realizada por um grupo de quatorze juízes, número considerado suficiente para o processo. As mudanças propostas são resultantes da análise criteriosa de *experts* sobre o construto, que no somatório das respostas obtidas, por meio da aplicação das rodadas de validação, garantem a reformulação dos conteúdos e da aparência para a aplicação na prática clínica de forma ágil e segura.

CONCLUSÃO

Este estudo permite concluir que o instrumento é representativo e válido para a vivência prática e o conhecimento do cotidiano das pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento, reforça o cuidado, além de propiciar a detecção de alterações e contribuir com estratégias interventivas a partir da realidade vivenciada em prol de uma assistência qualificada de acordo com as necessidades específicas desta clientela.

Assim, refletir e analisar sobre a construção e validação de um instrumento para contribuir na sistematização da assistência de enfermagem através do processo de enfermagem voltado a pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento

torna este estudo relevante e inédito, tendo em vista o crescente número da longevidade desta porcentagem da população brasileira. Evidenciando assim, a necessidade de aperfeiçoamento da equipe de enfermagem quanto às prioridades de cuidado voltado a este público.

As recomendações dos juízes, neste estudo, foram abrangentes, mesmo com a concordância referida nas rodadas de validação, pois as sugestões registradas permitiram a ampliação dos conteúdos inicialmente propostos e alteraram a forma de apresentação dos mesmos. Assim, observou-se a importância deste estudo, pois se entende que o instrumento após validação inclui conteúdos com melhor legibilidade.

Conclui-se ainda que a participação de especialistas foi efetiva para a validação do instrumento e comprovação da representação do modelo proposto, visto que todas as sugestões fornecidas foram ao encontro das necessidades específicas que esse público apresenta no seu dia a dia.

Este estudo sinalizou também para uma reflexão sobre a necessidade de se entender a pessoa com deficiência que está em processo de envelhecimento, pois a longevidade está aumentando abruptamente, isto indica necessidades de cuidado cada vez mais aprimoradas e aperfeiçoadas, sendo a Enfermagem a profissão que ganha maior destaque neste cenário, capaz de proporcionar estratégias de enfrentamento aos problemas relacionados à saúde desta população.

A SAE permite ao profissional enfermeiro gerenciar o cuidado de forma holística, juntamente com toda equipe de enfermagem, haja vista que os profissionais de enfermagem precisam se fortalecer e cada vez mais demonstrar seu potencial através de estudos com direcionamento para este público que apresenta crescimento significativo necessitando de cuidados, estes mais especializados.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, I.G.M. *et al.* Implementação e implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 12, n. 4, p.1174-8, abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231030>. Acesso em: 13 jan. 2020.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6. ed. São Paulo: Elsevier, 2016.

DOENGES, M.E.; MOORHOUSE, M.F.; MUUR, A.C. **Diagnósticos de Enfermagem: Intervenções, Prioridades, Fundamentos**. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kooogan, 2018.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M.E.; GONÇALVES, N.; ROMANOSK, P.J. Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Medidas: Bases Conceituais e Métodos de Avaliação – Parte I. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, p.1-11, 2017.

GUILHOTO, L.M.F. **Envelhecimento e Deficiência Intelectual: uma emergência silenciosa**. 2. ed. São Paulo: Instituto Apae, 2013.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

MIRANDA, A.L.P.L. *et al.* O cuidado de enfermagem à pessoa com Síndrome de Down na Estratégia Saúde da Família. **R. Enferm. Cent. O. Min**, Minas Gerais, v. 2, n. 4, p.1076-1089, ago. 2014.

MOLA, R. *et al.* Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. **J. Res.: Fundam. Care**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 11, p.887-893, set. 2019.

MOORHEAD, S. *et al.* **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

MOSER, D.C. *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção dos enfermeiros. **J. Res.: Fundam. Care. Online**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 10, p.998-1007, dez. 2018.

PEREIRA, A.G.S. *et al.* Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de ulcera por pressão. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 454 -461, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300010>. Acesso em 14 ago. 2019.

RIBEIRO, G.C.; PADOVEZE, M.C. Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade básica de saúde: percepção da equipe de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 52, p.01-07, maio 2018.

SENA, A.C. *et al.* Construção Coletiva de um Instrumento de Cuidados de Enfermagem a Pacientes no Pré-Operatório Imediato. **Rev Baiana Enferm**, Bahia, v. 31, n. 1, p. 20-506, 2017.

SILVA, G.N.S. *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem para pacientes acometidos por hérnia de disco. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 11, n. 2, p. 55-71, set. 2013.

TOLENTINO, G.S.; BETTENCOURT, A.R.C.; FONSECA, S.M. Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem em quimioterapia ambulatorial. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 72, n. 2, p. 391-399, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0031>. Acesso em: 09 jul. 2019.

6 PRODUTO - CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

A deficiência intelectual e o processo de envelhecimento estão intimamente ligados à medida que as estatísticas demográficas sinalizam significativamente o crescimento da população idosa (GUILHOTO, 2013).

As pessoas com deficiência intelectual fazem parte de uma grande parcela da população que também está envelhecendo, isso reforça a necessidade de políticas públicas e envolvimento de todas as áreas do conhecimento a fim de proporcionar maior qualidade de vida a esta população (PORTELLA; COLUSSI; GIRARDI, 2015).

Sendo assim, a Enfermagem vem contribuir com os cuidados que envolvem inúmeras situações adversas que necessitam de intervenções que minimizem os danos à saúde desta população.

Para a Enfermagem, o maior alicerce para a constituição e integração do seu fazer científico visando o ser em sua totalidade se apresenta através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) compreendida pelo Processo de Enfermagem (PE) sendo um instrumento imprescindível no planejamento, estruturação e otimização da prática de enfermagem (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Considerando-se a pluralidade das especificidades da pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento é que o PE fundamenta a teoria e a prática, norteando para uma assistência capaz de satisfazer as necessidades individuais, com foco na resolução de problemas, de forma documentada, com vistas a estabelecer a continuidade da assistência por toda a equipe de Enfermagem (SANTOS *et al.*, 2017).

O PE é respaldado legalmente pela Resolução nº 358/09 do Conselho Federal de Enfermagem, constituindo-se em cinco etapas inter-relacionadas: Coleta de Dados de Enfermagem ou Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem. Todas estas fases possibilitam o acompanhamento contínuo das necessidades do paciente (MASSAROLI *et al.*, 2015).

Como produto dessa dissertação foi realizado a construção e validação de uma tecnologia assistencial para a sistematização do cuidado à pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento. Ao seu término pode-se concluir que o instrumento é representativo e válido para a *práxis*, favorece o cuidado, além de propiciar a detecção de

alterações e contribuir com estratégias interventivas, a partir da realidade vivenciada em prol de uma assistência qualificada de acordo com as necessidades específicas desta clientela.

CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é hoje a principal ferramenta para adequar e estruturar uma metodologia de trabalho, visto que a principal intenção é aumentar a qualidade da assistência prestada ao paciente e enriquecer a prática dos profissionais, elevando o desempenho destes nesse processo (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

As dinâmicas das ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem estão distribuídas através do processo de enfermagem (PE) este serve para estabelecer um às etapas que vão do planejamento à execução do cuidado do paciente, garantindo melhor qualidade da assistência (CORDEIRO *et al.*, 2019).

É neste íterim que a construção de um processo de enfermagem para pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento originou essa dissertação de mestrado de forma sintetizada mediante as etapas metodológicas: 1) Revisão de literatura (integrativa e narrativa); 2) Seleção do Conteúdo; 3) Elaboração do Processo de Enfermagem; 4) Validação com juízes *experts*.

Desse modo, através da revisão integrativa e narrativa que se obteve informações com embasamento teórico e científico para realizar a segunda etapa seleção dos conteúdos. Estes conteúdos foram organizados de maneira a existirem agrupamentos de assuntos que se relacionassem, buscando facilitar a compreensão para uma etapa posterior que foi: análise dos *experts*.

O processo de enfermagem foi dividido em quatro partes, sendo a elaboração do histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, prescrição de enfermagem e os resultados esperados, todos estes foram desenvolvidos pela pesquisadora.

A elaboração do instrumento aconteceu por etapas. Inicialmente foi realizada uma revisão integrativa e narrativa de literatura, a fim de identificar estudos brasileiros e até mesmo internacionais condizentes com a temática. Na segunda etapa foi realizada a seleção do conteúdo com uma análise mais aprofundada da teoria das Necessidades Humanas Básicas adotada, taxonomia utilizada e onde os estudos selecionados se enquadrariam de acordo com a proposta do projeto.

Na terceira etapa sintetizou-se a construção do instrumento Histórico de Enfermagem, diagnóstico de enfermagem, as intervenções e os resultados esperados foram organizados de acordo com as Necessidades Humanas Básicas. A construção do histórico de Enfermagem se deu a partir vivência clínica, com auxílio da orientadora e dos critérios da fundamentação teórica de Wanda Aguiar Horta abordando as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

Por conseguinte, iniciou-se a construção dos diagnósticos de enfermagem em consonância às principais necessidades das pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento, sabendo-se que este público apresenta inúmeras especificidades dentro da sua vivência diária. Então, optou-se pela utilização da Taxonomia NANDA-I (2018-2020) onde foram selecionados 31 diagnósticos de enfermagem suas características definidoras e fatores relacionados. Com base nos diagnósticos iniciou-se a elaboração das intervenções/prescrição de enfermagem, sendo que estas foram fundamentadas com base nos estudos de revisão de literatura (integrativa e narrativa) e também embasados pela NIC e NOC.

A quarta e última etapa foi à validação de conteúdo desenvolvida pelos *experts*.

Foi realizada uma busca no currículo *lattes* para seleção de pesquisadores/docentes utilizando os filtros: atuação profissional - assunto envelhecimento e deficiência, o que resultou em dez. Foi enviado convite para dez, no entanto somente dois retornaram em tempo hábil, conforme estipulado em virtude do tempo para realização da pesquisa.

Já para seleção de enfermeiros assistenciais foi realizado contato com a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC) para averiguar a presença de enfermeiros atuantes nas instituições específicas prestadoras de cuidado às pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento, foi identificado quatro enfermeiros nas APAEs e treze no Instituto de Psiquiatria (IPQ). Ao final desse processo participaram quatro enfermeiros das APAEs e oito do IPQ. O convite para participação na pesquisa foi enviado via correio eletrônico, contendo as orientações e as justificativas do presente estudo, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovação do comitê de ética para ciência e o endereço para preenchimento do instrumento online (instrumento de coleta de dados).

Os critérios de exclusão foram: *experts* que não encaminharam o TCLE devidamente assinado e/ou participantes que enviaram o TCLE, mas que não retornaram o questionário encaminhado *online* no prazo estipulado; o que totalizou em treze.

Por fim, houve um total de 14 participantes no processo de validação, sendo dois docentes/pesquisadores na área e 12 enfermeiros assistenciais. Essa fase de validação de conteúdo ocorreu de outubro a novembro de 2019.

O IVC quantificou o nível de concordância considerando-se válidos com um índice igual ou maior do que 80%. Foram apreciadas as observações e sugestões dos juízes, quanto à necessidade de mudanças do instrumento. Após essas análises foram realizadas as alterações necessárias, que na sua maioria foram em relação à redação do instrumento e novamente se fez uma segunda rodada, onde todos os juízes sinalizaram concordância nas alterações feitas, o que culminou no produto desta dissertação: **PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO**, o qual está distribuído em Histórico de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Plano Assistencial de Enfermagem (NIC/NOC).

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

<p>1. DADOS GERAIS</p> <p>Data: _____</p> <p>Nº Prontuário: _____</p> <p>Ingresso na instituição: _____</p> <p>Entrevistado: () Educando () Familiar () Cuidador Especificar: _____</p>
<p>2. IDENTIFICAÇÃO DO EDUCANDO</p> <p>Nome: _____</p> <p>Data de nascimento: _____</p> <p>Idade: _____</p> <p>Religião: _____</p> <p>Local de residência: () casa () apartamento () ILPI () outros</p> <p>Reside com quem: _____</p>
<p>3. HISTÓRIA ATUAL DE SAÚDE</p> <p>Diagnóstico Médico: _____</p> <p>Diagnóstico DI () leve () moderado () grave</p> <p>Alergia a medicamentos: _____ Especificar: _____</p> <p>Alergia alimentar: _____ Especificar: _____</p>

Breve História clínica: _____

➤ Comorbidades relacionadas:

- () Hipertensão Arterial Sistêmica
 () Diabetes Mellitus
 () Deficiência Visual () Deficiência Auditiva () Deficiência Física
 () Transtorno Espectro Autista
 () Transtornos Mentais. Especificar: _____
 () Epilepsia
 () Cardiopatia
 () Nefropatia
 () Outros. Especificar: _____

➤ Parâmetros adicionais:

Peso: _____
 Altura: _____
 IMC: _____

4. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS PSICOBIOLOGICAS

➤ Oxigenação

Frequência respiratória: _____ mrpm
 Respiração: eupneico () dispneico () bradpneico () taquipneico () ortopnéico ()
 Tosse: produtiva () não produtiva ()
 Expectorção: () espessa () purulenta cor: _____
 Ausculta Pulmonar _____ Saturação de oxigênio _____

➤ Hidratação

Volume: () Aumentado () Diminuído
 Uso de espessante () sim () não Engasga () sim () não
 Preferências: _____
 Horários: _____
 Número de vezes/quantidade _____

➤ Alimentação

Hábitos alimentares: () bom () ruim () regular
 Preferências: _____
 Alergias e intolerâncias: () sim () não
 Especificar: _____
 Dependência na alimentação: () sim () não
 Problemas relacionados: () disfagia () mastigação () deglutição

➤ Eliminação (frequência e características)

Intestinal: () normais () constipação () diarreia
 Características: _____
 Urinária: () espontânea () disúria () hematúria () retenção
 () incontinência de urgência () incontinência de esforço
 () Cateterismo Vesical de Demora () Cateterismo Vesical de Alívio
 Uso de fralda () sim () não
 Menstrual: () Ciclo Regular () Ciclo Irregular () Menopausa

➤ Sono e repouso

Características: () dorme regularmente () insônia () dificuldade de dormir,

Hábitos relacionados: _____

Tempo de sono em horas: _____

Problemas que dificultam: _____

➤ Locomoção, Mecânica Corporal, Integridade Física e Funcionalidade

Deambula () não deambula () deambula com auxílio ()

Uso de cadeira de rodas () sim () não

Uso de cadeira de bengalas () sim () não

Uso de próteses, órteses. Especificar: _____

Deformidades. Especificar: _____

Movimento corporal: _____

Força motora: MMSS () preservada () paresia () plegia D e E () parestesia

MMII () preservada () paresia () plegia D e E () parestesia

() Movimentos lentos () movimentos involuntários

Rigidez muscular () sim () não

Deformidades: () ausentes () presentes tipo/ local: _____

➤ Capacidade funcional

Realiza atividades de vida diária: () Sim () Não

Realiza atividades instrumentais de vida diária: () Sim () Não

➤ Atividade física:

Exercícios e atividades praticadas: _____

Especificar (tipo, frequência): _____

O que prejudica a realização de exercícios: _____

O que facilita: _____

➤ Integridade cutâneo mucosa

Pele: () íntegra () seca () flácida () descamativa

() hidratada () desidratada

Lesões: () sim () não Descrever: _____

Lesão por Pressão: () sim () não Descrever: _____

Couro cabeludo: () sem alterações () alopecia () sujidade () lesões () pediculose

Dentes: () íntegros () ausentes () prótese dentária () fraturas

() cárie () escurecimento

Abdômen: () plano () globoso () distendido

Observações: _____

RHA: () ausente () presentes () diminuídos

Órgãos genitais: () íntegros () não íntegros

➤ Cuidado Corporal

Dependência para o cuidado: () sim () não

Presença de cuidador: () não () sim . Especificar: _____

➤ Regulações Neurológica e Térmica

Estado mental: () alerta () orientado () irritado () confuso

() letárgico () sonolento
 Pupilas: () isocóricas () anisocóricas () miose () midríase
 Crise convulsiva: () sim () não Especificar: _____
 Temperatura: () normal () hipotermia () hipertermia _____
 Turgor: () preservado () diminuído
 Perfusão tissular: () normal () diminuída
 Extremidades: () quentes () frias

➤ Regulação Vascular e térmica

FC: _____ bpm
 Pulso: () regular () irregular () impalpável () filiforme () palpável
 () cheio
 Pressão Arterial: _____
 Edema: () sim () não local: _____
 Hematomas, petéquias, equimoses: () sim () não Especificar: _____
 Hiperemia: () sim () não Especificar: _____
 Prurido: () sim () não Especificar: _____

➤ Hormonal

Alterações :

Hiperglicemia () hipoglicemia ()

Problemas terapêuticos relacionados: _____

Uso de insulina () uso de corticoides () dieta especial () Especificar: _____

➤ Terapêutica:

Medicações utilizadas: _____

➤ Sexualidade:

Problemas relacionados com os órgãos genitais: _____

Problemas relacionados com a vida sexual: _____

➤ Segurança física:

prevenção de quedas: () sim () não em quais situações: _____

prevenção de fugas: () sim () não

5. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS PSICOSSOCIAIS

➤ Auto – Realização

Possui autonomia: () Sim () Não

➤ Comunicação

Verbal () Não verbal () Disfasia () Afasia ()

Visão: () normal () óculos () cegueira

Audição: () normal () prejudicada () surdez: () D () E

➤ Gregária e segurança emocional

Convívio com o outro: () interação satisfatória () interação insatisfatória

Lugares que frequenta: _____

Possui amigos: () Sim () Não

Possui apoio familiar: () Sim Especificar: _____ () Não

Possui rede de suporte social: () Sim. Especificar: _____ () Não
 Necessidade de acompanhante sim () não ()
 () Medo () Ansiedade () agitação () agressividade () irritabilidade
 () Solicitante () Outros

➤ Recreação e Lazer
 Manifesta vontade de participar das atividades propostas: sim () não ()
 Desejo de permanecer isolado () sim não ()
 Descreva os momentos: _____

6. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS PSICOESPIRITUAIS

➤ Religiosidade e Espiritualidade
 () Praticante () Não praticante. Descrever: _____

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (NANDA/ 2018-2020)

DIAGNÓSTICO	RELACIONADO À	CARACTERIZADO POR
➤ Risco de lesão	➤ Relacionado a acessórios para locomoção	➤ Permanência prolongada na mesma posição
➤ Manutenção ineficaz da saúde	➤ Sentimento de impotência	➤ Incapacidade de assumir a responsabilidade de atender a práticas básicas de saúde
➤ Envolvimento em atividades de recreação diminuído	➤ Falta de condicionamento físico	➤ Mobilidade prejudicada
➤ Mucosa oral prejudicada	➤ Gengivas hiperemiadas	➤ Halitose e sujidade interdental
➤ Constipação	➤ Imobilização física	➤ Ausência de evacuação
➤ Síndrome do idoso frágil	➤ Medo de quedas	➤ Deambulação prejudicada
➤ Deglutição prejudicada	➤ Condições com hipotonia muscular significativa	➤ Engasgos antes de deglutir
➤ Obesidade	➤ Comportamentos alimentares desorganizados	➤ Compulsão alimentar
➤ Risco de glicemia instável	➤ A incapacidade de controle da doença	➤ Ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia
➤ Incontinência urinária funcional	➤ Enfraquecimento das estruturas de suporte pélvico	➤ Perda de urina antes de chegar ao banheiro
➤ Mobilidade física prejudicada	➤ Força muscular diminuída	➤ Instabilidade postural
➤ Risco de constipação	➤ Motilidade gastrointestinal diminuída	➤ Dentição prejudicada
➤ Incontinência intestinal	➤ Dificuldade no autocuidado para higiene	➤ Desatento à urgência para evacuar

	íntima	
➤ Distúrbio no padrão de sono	➤ Padrão de sono não restaurador	➤ Dificuldade para manter o sono
➤ Capacidade de transferência prejudicada	➤ Equilíbrio prejudicado	➤ Capacidade prejudicada de transferir-se entre superfícies de níveis diferentes
➤ Deambulação prejudicada	➤ Medo de quedas	➤ Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares
➤ Fadiga	➤ Estilo de vida não estimulante	➤ Capacidade prejudicada para manter o nível habitual de atividade física
➤ Perfusão tissular periférica ineficaz	➤ Estilo de vida sedentário	➤ Alteração em característica da pele
➤ Intolerância à atividade	➤ Alteração na função cognitiva	➤ Irritabilidade
➤ Déficit no autocuidado para alimentação	➤ Motivação diminuída	➤ Capacidade prejudicada para usar dispositivos auxiliares
➤ Déficit no autocuidado para banho	➤ Barreira ambiental	➤ Capacidade prejudicada de lavar o corpo
➤ Déficit no autocuidado para vestir-se	➤ Motivação diminuída	➤ Capacidade prejudicada de vestir cada um dos itens do vestuário
➤ Confusão crônica	➤ Demência	➤ Prejuízo progressivo na função cognitiva
➤ Memória prejudicada	➤ Prejuízo neurológico	➤ Incapacidade persistente de recordar informações sobre fatos ou evento
➤ Comunicação verbal prejudicada	➤ Condição fisiológica	➤ Dificuldade para verbalizar
➤ Padrão de sexualidade ineficaz	➤ Conflito sobre orientação sexual	➤ Dificuldade com comportamento sexual
➤ Risco de aspiração	➤ Tosse ineficaz	➤ Capacidade prejudicada para degluti
➤ Dentição prejudicada	➤ Dificuldade de acesso a cuidados dentários	➤ Ausência de dentes
➤ Risco de trauma físico	➤ Equilíbrio prejudicado	➤ Iluminação insuficiente
➤ Isolamento social	➤ Recursos pessoais insuficientes	➤ Incapacidade de atender às expectativas de outros
➤ Risco de solidão	➤ Isolamento social	

PLANO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM COM INTERVENÇÕES E RESULTADOS ESTABELECIDOS DE ACORDO COM NIC E NOC

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES (NIC)	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)
---------------------------	--------------------	----------------------------

<p><u>Necessidade Cognitiva</u></p> <p>Confusão crônica</p> <p>Memória prejudicada</p>	<ul style="list-style-type: none"> Determinar nível de ansiedade relacionado com a situação. Detectar comportamentos que possam indicar a possibilidade de violência. Proporcionar ambiente calmo e eliminar estímulos externos (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). Determinar os fatores físicos/bioquímicos que podem estar relacionados com a perda de memória (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). 	<p>Ficará seguro e livre de perigo (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Lembrar de coisas essenciais quando possível (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>
<p><u>Necessidade Respiratória</u></p> <p>Risco de aspiração</p> <p>Fadiga</p>	<ul style="list-style-type: none"> Monitorar alimentos ingeridos. Avaliar o volume e a consistência das secreções respiratória e força do reflexo de tosse/engasgo (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). Aceitar a realidade de queixas de fadiga e não subestimar seu efeito na qualidade de vida (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). Planejar a assistência para assegurar que o idoso tenha períodos adequados de repouso (SILVA <i>et al.</i>, 2013). Identificar as causas da fadiga e monitorar se advém da dor ou do uso de medicamentos (SILVA <i>et al.</i>, 2013). 	<p>Minimizar riscos de engasgos (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Participar das atividades propostas de acordo com sua capacidade (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Conservação de energia (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>
<p><u>Necessidade de Nutrição</u></p> <p>Obesidade</p> <p>Deglutição prejudicada</p> <p>Déficit no autocuidado para alimentação</p>	<ul style="list-style-type: none"> Manter controle nutricional e de líquidos (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). Rever atividades diárias e estimular participação em programa de exercícios físicos planejados. Identificar fatores individuais que podem desencadear aspiração e comprometer vias aéreas. Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de aspiração (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). Determinar o grau de limitação. Estimular a participação na escolha dos alimentos (BULECHEK; BUTCHER; 	<p>Atingir peso corporal desejável (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Ações apropriadas para melhorar a ingestão e evitar aspiração (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Melhorar o padrão de capacidade (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>

Dentição prejudicada	<p>DOCHTERMAN, 2016).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar estado atual da higiene dentária e saúde oral (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Ajudar/estimular a escovação e utilização do fio dental (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). 	Melhora da condição dental (MOORHEAD <i>et al.</i> , 2016).
<p><u>Necessidade de Eliminação</u></p> <p>Constipação</p> <p>Incontinência intestinal</p> <p>Risco de constipação</p> <p>Incontinência urinária funcional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a ingestão hídrica e de alimentos com fibra (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Estimular deambulação. • Determinar a causa física ou psicológica da incontinência fecal (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Lavar a área perianal com sabão com ph levemente ácido e água e secá-la, completamente após cada eliminação de fezes (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Avaliar fatores desencadeantes e utilizar estratégias para minimizar e/ou interromper a incontinência (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Utilizar creme barreira (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Avaliar a ingestão atual de alimentos e líquidos e suas implicações na função intestinal (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Avaliar função cognitiva que possa afetar o estado mental e a percepção do desejo urgente de urinar e /ou seu significado (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Avaliar ingesta hídrica diária, reduzir ingesta hídrica ao anoitecer (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Realizar diário miccional (para ver o quanto urina, intervalos e verificar resíduo vesical) (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Avaliar ingesta de irritantes vesicais 	<p>Eliminação intestinal (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Manutenção da integridade da pele perianal (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Manter o padrão habitual de funcionamento intestinal (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Conseguir urinar em locais aceitáveis (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>

	(cafeína, refrigerante, alimentos condimentados/apimentados) (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018).	
<p><u>Necessidade de integridade física</u></p> <p>Risco de lesão</p> <p>Mucosa oral prejudicada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisionar a pele (PEREIRA <i>et al.</i>, 2014). • Auxiliar para evitar sentar na mesma posição por períodos prolongados (PEREIRA <i>et al.</i>, 2014). • Monitorar a melhora na postura/mecânica corporal do paciente (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Monitorar atentamente o surgimento de áreas avermelhadas, principalmente proeminências ósseas (PEREIRA <i>et al.</i>, 2014). • Mudar o posicionamento com cuidado (p. ex., evitar cisalhamento) para evitar lesão a uma pele fragilizada (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Usar uma escova de dentes macia para remover resíduos dos dentes. • Orientar e auxiliar o paciente a fazer a higiene oral após as refeições e sempre que necessário (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). 	<p>Manutenção da integridade tissular: pele e mucosas (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Manter integridade da mucosa oral (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>
<p><u>Necessidade Corporal e Ambiental</u></p> <p>Déficit no autocuidado para banho</p> <p>Déficit no autocuidado para vestir-se</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a sua participação na escolha das roupas (SILVA <i>et al.</i>, 2013). • Ajudar a corrigir a dificuldade na forma de vestir-se (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Identificar áreas que o paciente necessita de ajuda para vestir-se (SILVA <i>et al.</i>, 2013). • Estimular sua participação na identificação do problema e no processo de decisão (SILVA <i>et al.</i>, 2013). 	<p>Manter higiene corporal favorável (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Estimular suas escolhas (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>
<p><u>Necessidade Vascular e Térmica</u></p> <p>Perfusão tissular periférica ineficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar a realizar exercícios de mobilização ativa/passiva. • Estimular deambulação precoce. • Elevar os membros inferiores quando sentado, mas evitar angulações agudas dos quadris ou dos joelhos (DOENGES; 	<p>Melhora da perfusão afetada (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>

	MOORHOUSE; MUUR, 2018).	
<p><u>Necessidade de Atividade Física</u></p> <p>Mobilidade física prejudicada</p> <p>Deambulação prejudicada</p> <p>Capacidade de transferência prejudicada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover exercícios: treino para fortalecimento e alongamentos; deambulação; promoção da mecânica corporal (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Orientar sobre uma boa postura enquanto realiza qualquer atividade (SILVA <i>et al.</i>, 2013). • Identificar condições clínicas que contribuem para dificuldade de andar. • Proporcionar medidas de segurança conforme a indicação, inclusive adaptação ambiental/prevenção de quedas. (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Monitorar o alinhamento e equilíbrio corporal. • Observar as respostas emocionais, comportamentais e dificuldades de mobilidade (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). 	<p>Locomoção: caminhar (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Conseguir movimentar-se no ambiente quando necessário, dentro dos limites de sua capacidade ou com dispositivos auxiliares apropriados (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Entender a situação e as medidas apropriadas de segurança (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>
<p><u>Necessidade de Sono e Repouso</u></p> <p>Distúrbio no padrão de sono</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as circunstâncias que interrompem o sono e a frequência com que ocorrem (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Investigar se o educando ressona e em que posição isto ocorre (DOENGES MOORHOUSE; MUUR, 2018). 	<p>Sentir-se melhor e mais descansado (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>
<p><u>Necessidade Psicobiológica</u> <u>Regulação</u> <u>Hormonal</u></p> <p>Risco de glicemia instável</p> <p>Padrão de sexualidade ineficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a necessidade de controle da glicemia capilar (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Identificar e registrar uso de medicamentos hipoglicemiantes/ insulina (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Avaliar sinais de hiperglicemia e de hipoglicemia (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Realizar todos os registros pertinentes no prontuário do educando, relacionados aos diagnósticos identificados, às condutas tomadas pela equipe e suas respostas (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). 	<p>Entender e compreender as limitações e alterações que ocorrem (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar os fatores culturais/religiosos que possa existir (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). 	
<p><u>Necessidade de Senso Percepção</u></p> <p>Síndrome do idoso frágil</p> <p>Manutenção ineficaz da saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a identificação e a expressão dos sentimentos (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). • Estimular a participação em atividades/grupos nos quais possa praticar habilidades novas e desenvolver novos relacionamentos (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Estimular a habilidade para entender as necessidades de manutenção de saúde/AVDs (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). 	<p>Necessidades de longo prazo (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Realizar alteração no estilo de vida que favorecem as metas individuais de promoção da saúde (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>
<p><u>Necessidade de Segurança Emocional</u></p> <p>Isolamento social</p> <p>Risco de solidão</p> <p>Risco de trauma físico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer uma relação de confiança. • Fornecer estímulos ambientais favoráveis (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Oferecer oportunidade de interações em um ambiente acolhedor (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Ajudar a realizar atividades de transferência conforme necessidade (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). 	<p>Desejo de envolver-se com os outros (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Introduzi-lo em atividades sociais (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Eliminar fatores de risco potencial do ambiente (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>
<p><u>Necessidade de Comunicação</u></p> <p>Comunicação verbal prejudicada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o grau de disfunção. • Estabelecer relação de ouvir atentamente e ficar atento as expressões verbais e não verbais (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). • Determinar como se comunicar efetivamente, usando gestos, palavras escritas, sinais ou leitura labial. • Monitorar as mudanças no padrão da fala e no nível de orientação (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2018). 	<p>Estabelecer método de comunicação pelo qual possa expressar suas necessidades (MOORHEAD <i>et al.</i>, 2016).</p>
<p><u>Necessidade Recreação e Lazer</u></p> <p>Envolvimento em</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar disponibilidade e recursos para entrosamento (DOENGES; 	<p>Atender as próprias demandas ou necessidades</p>

atividades de recreação diminuído	MOORHOUSE; MUUR, 2018).	(MOORHEAD <i>et al.</i> , 2016).
Intolerância à atividade	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a participação em atividades recreativas/ sociais e de lazer apropriadas à situação. 	Aumento perceptível da tolerância à atividade (MOORHEAD <i>et al.</i> , 2016).

CONCLUSÃO

Buscando contribuir para a prática da assistência de enfermagem visando à pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento durante sua evolução fisiológica, psicológica e social, percebeu-se a necessidade de construir um instrumento capaz de subsidiar e fortalecer o trabalho do enfermeiro e também de toda a equipe de enfermagem.

Este estudo trouxe à tona uma reflexão sobre como avaliar a assistência de enfermagem prestada a este público pelos profissionais habilitados e capacitados, sendo nítida a dificuldade para compor profissionais atuantes durante a avaliação da construção da temática proposta.

Concluiu-se este estudo com a apresentação da Proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem através da construção do Processo de Enfermagem para pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento, que favorece para qualificação do cuidado de enfermagem trazendo mais amplitude a tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

- BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6. ed. São Paulo: Elsevier, 2016.
- DOENGES, M.E.; MOORHOUSE, M.F.; MUUR, A.C. **Diagnósticos de Enfermagem: Intervenções, Prioridades, Fundamentos**. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
- GUILHOTO, L.M.F. **Envelhecimento e Deficiência Intelectual: uma emergência silenciosa**. 2. ed. São Paulo: Instituto Apae, 2013.
- HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2011.
- MOORHEAD, S. *et al.* **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

PEREIRA, A.G.S. *et al.* Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de ulcera por pressão. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 454 -461, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300010>. Acesso em 14 ago. 2019.

SILVA, G.N.S. *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem para pacientes acometidos por hérnia de disco. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 11, n. 2, p. 55-71, set. 2013.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo foi possível buscar no conhecimento científico a base para a construção da proposta de Processo de enfermagem voltado à pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento.

A construção de algo novo se deu através de grande escassez de referências e no decorrer do processo de construção do estudo encontrei mais dificuldades do que facilidades, essas me trouxeram grande preocupação em relação ao conteúdo abordado e se o objetivo seria alcançado.

Certamente o objetivo na realização da dissertação foi alcançado. A construção do instrumento teve como base a fundamentação teórica das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, juntamente com a taxonomia da NANDA e a complementariedade nas intervenções e resultados da NIC e NOC,

Todo o instrumento construído servirá para subsidiar informações importantes na tomada de decisão durante à assistência prestada.

Desse modo, a contribuição do estudo se dá a partir da significância que a Sistematização da Assistência de Enfermagem representa para profissão, ressaltando na necessidade de ampliar e aprofundar, continuamente, os estudos voltados a esta temática.

Neste contexto, também é expressivo assinalar a pertinência da realização desta pesquisa que, sumariamente, contribuiu com a lacuna existente na assistência de enfermagem à pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento. Esta pesquisa também poderá contribuir para a aderência de outros enfermeiros à implantação da SAE.

Do mesmo modo, poderá servir como fonte de estímulo para outras produções científicas, frente a sua grandiosidade no cenário da prática assistencial, pesquisa e para as políticas públicas tanto saúde quanto na educação. Sugere-se a utilização do instrumento na prática clínica, para proposição de validação semântica.

A enfermagem necessita de estudos de construção e validação de instrumentos que melhorem os indicadores de cuidado e de gestão, para favorecer a organização do trabalho e fornecer subsídios para o ensino, pesquisa e avaliação dos gestores sobre a eficiência do cuidado ofertado às pessoas com deficiência intelectual, especialmente, as que estão em processo de envelhecimento. Assim, poderão ser traçadas novas estratégias de cuidado e para a formulação de políticas públicas de saúde que atendam, de forma eficaz, a esse público tão específico.

REFERÊNCIAS

- ADAMY, E.K. *et al.* A inserção da Sistematização da Assistência de Enfermagem no contexto de pessoas com necessidades especiais. **J. res.: fundam. Care**, v. 5, n. 3, p. 53-65, jul./set. 2013. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-24838>. Acesso em: 28 set. 2018.
- ALDRIGUE, A.S.C.; SOUZA, F.; SANTOS, T.F.P. deficiente intelectual e família: um estudo sobre o envelhecer. **Fed. Nac. das Apaes - Fenapaes**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 9-16, 2018.
- ALENCAR, I.G.M. *et al.* Implementação e implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 4, p.1174-1178, abr. 2018.
- ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 21 maio 2018.
- ALVES, T.J.L.; PIRES, M.N.A.; SERVO, M.L.S. Um olhar sobre a atuação do enfermeiro na atenção às pessoas com deficiência: revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, n. 7, p. 4892-4898, jul. 2013.
- ASSOCIAÇÃO DE PAIS E ALUNOS DOS EXCEPCIONAIS (APAIE). Home. 2018. Disponível em: <http://apaeflorianopolis.org.br/>. Acesso em: 10 set. 2018.
- BARROS, A.L.B. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- BONATELLI, L.C.S. *et al.* Centro-dia: uma opção no atendimento da pessoa envelhecida com deficiência intelectual. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 42, n. 118, p. 669-675, jul-set. 2018.
- BOTELHO, L.L.R.; CUNHA, C.C.A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Revista Eletrônica Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 122-136, 2011.
- BRAGA, A.C. **Inclusão social da pessoa com deficiência intelectual e múltipla: autogestão, autodefesa e família**. 2. ed. Brasília: Federação Nacional das Apaes, 2011.
- BRASIL. **Lei nº 10741 de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1 Out 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 28 set. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Censo Demográfico de 2020 e o mapeamento das pessoas com deficiência no Brasil**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/documentos/cinthia-ministerio-da-saude>. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf. Acesso em: 26 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf. Acesso em: 28 set. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 20 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 26 set. 2017.

BREDEMEIER, J. *et al.* Versão brasileira do *Quality of Care Scale*: qualidade de cuidado na perspectiva de pessoas com incapacidades. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 583-593, 2014.

BRUGGMANN, M.S. **Sistematização da assistência de enfermagem**: construção de um saber coletivo para implantação em um hospital psiquiátrico. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6. ed. São Paulo: Elsevier, 2016.

CAMPOS, N.P.S.; ROSA, C.A.; GONZAGA, M.M.F.N. Dificuldades na Implementação da Sistematização de Enfermagem. **Revista Saúde em Foco**, Amparo, v. 9, p. 202-410, 2017.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos da População**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235, jan./jun. 2010.

CARVALHO, P.C.; BACHION, M.M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 446, 2009.

CARVALHO, C.L.; ARDORE, M.; CASTRO, L.R. Cuidadores familiares e o envelhecimento da pessoa com deficiência intelectual: implicações na prestação de cuidados. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 333-352, 2015.

CARVALHO, E.C.; CRUZ, D.A.L.M.; HERDMAN, T.H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da

Enfermagem. **Rev Bras Enferm.** Brasília, n. 66, n.esp, p. 134-141, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea17.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

CARVALHO, S.N.E. Deficiência intelectual: conhecer para intervir. **Pedagogia em Ação**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 1-17, 2016.

CAVALCANTE, R.B. *et al.* Experiências de Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 3, p. 461-471, set./dez. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen-358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 29 set. 2018.

CHAVES, L.D.; SOLAI, C.A. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2013.

CORDEIRO, T.L.R. *et al.* Prontuário eletrônico como ferramenta para a Sistematização da Assistência de Enfermagem no serviço de urgência/emergência: percepção dos enfermeiros. **Rev Espaço Para a Saúde**, São Paulo, v. 20, n. 2, p.30-41, dez. 2019.

COSTA, P.B. *et al.* Construção e validação de manual educativo para a promoção do aleitamento materno. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1160-1167, 2013.

DIAS, S.S.; OLIVEIRA, M.C.S.L. Deficiência intelectual na perspectiva histórico-cultural: contribuições ao estudo do desenvolvimento adulto. **Rev. Bras. Educ. Espec.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 169-182, abr./jun. 2013.

DOENGES, M.E.; MOORHOUSE, M.F.; MUUR, A.C. **Diagnósticos de Enfermagem: Intervenções, Prioridades, Fundamentos**. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kooogan, 2018.

DSM-5. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ESCALADA-HERNÁNDEZ, P.E. *et al.* A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients with mental disorders. **Applied Nursing Research**, v. 28, p. 92-98, 2015.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M.E.; GONÇALVES, N.; ROMANOSK, P.J. Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Medidas: Bases Conceituais e Métodos de Avaliação – Parte I. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, p.1-11, 2017.

ESQUENAZI, D.; SILVA, S.R.B.; GUIMARÃES, M.A.M. Aspectos Fisiopatológicos do Envelhecimento Humano e Quedas em Idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 13, n. 2, p. 11-20, 2014.

FEITOSA, M.C. *et al.* Uso de escalas/testes como instrumentos de coleta de dados em pesquisas quantitativas em enfermagem. **SANARE**, Sobral, v. 13, n. 2, p. 92-97, 2014.

FERREIRA, F.P.C.; BANSI, L.O.; PASCHOAL, S.M.P. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 911-926, out./dez. 2014.

FUNDAÇÃO CATARINENSE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL (FCEE). 2017. Disponível em: <http://www.fcee.sc.gov.br>. Acesso em: 28 set. 2018.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio**. New York: UNFPA, 2012. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf. Acesso em: 11 mar. 2020.

GALLETI, T.AI. **Proteção social idoso dependente na seguridade social brasileira**. Dissertação (Mestrado em Direito)- Universidade Mackenzie, São Paulo, 2014.

GARCIA, T.R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®: aplicação à realidade brasileira**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

GIRARDI, M.; PORTELLA, M. R.; COLUSSI, E. L. O envelhecimento em deficientes intelectuais. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 9, supl. 1, p. 79-89, 2012.

GIRONDI, J.B.R. *et al.* Idosos com deficiência intelectual: características sociodemográficas, condições clínicas e dependência funcional. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, e22781, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.22781>. Acesso em: 15 ago. 2019.

GUILHOTO, L.M.F. **Envelhecimento e Deficiência Intelectual: uma emergência silenciosa**. 2. ed. São Paulo: Instituto Apae, 2013.

GUTIÉRREZ, M. G. R.; MORAIS, S. C. R. V. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a formação da identidade profissional. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 455-460, 2017.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HORTA, W. A. **O Processo de Enfermagem**. São Paulo: Edusp, 1979.

HORTA, W, A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo amostra pessoas com deficiência**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/23612>. Acesso em: 02 ago. 2019.

LANA, L. D.; SCHNEIDER, R.H. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. **Rev. Bras. Geriatria Egerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 673-680, 2014.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa - Livros, 1999.

LEWIS, S.; KROESE, B.S. An investigation of nursing staff attitudes and emotional reactions towards patients with intellectual disability in a general hospital setting. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, v. 23, p. 355-365, 2010.

MARQUES, J.B.V.; FREITAS, D.D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Fapesp**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 389-415, maio/ago. 2018.

MARIA, M.A.; QUADROS, F.A.A.; GRASSI, M.F.O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 297-303, mar./abr. 2012.

MARIN, M. J. S. *et al.* As Condições de Vida e Saúde de Pessoas Acima de 50 anos com Deficiência e seus Cuidadores em um Município Paulista. **Rev. Bras. Geriatr. Geronto**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 365-374, 2013.

MARTINS, L.S.; FERRONATO, C.C.S.; SILVA, T.M. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Subsídio para Autonomia do Enfermeiro. **Rev. Saberes Unijipa**, Ji-parana, V. 8, n. 1, p. 119-1134, jan./jun. 2018.

MASSAROLI, R. I. Trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva e sua interface com a Sistematização da Assistência. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 02, p. 252-258, 04 jul. 2015.

MELO, M.B.; BARBOSA, M.A.; SOUZA, P.R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 1-9, jul./ago. 2011.

MELO, W. S. *et al.* Guia de Atributos da Ccompetência Política do Enfermeiro: Estudo Metodológico. São Paulo: **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 552-560, maio/jun. 2017.

MEHRY, E.E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, A.L.P.L. *et al.* O cuidado de enfermagem à pessoa com síndrome de down na Estratégia Saúde da Família. **R. Enferm. Cent. O. Min**, Minas Gerais, v. 2, n. 4, p.1076-1089, ago. 2014.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MOLA, R. *et al.* Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. **J. Res.: Fundam. Care**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 11, p.887-893, set. 2019.

MOTA, L.L. O Processo diagnóstico multidimensional da deficiência intelectual realizado por uma equipe interdisciplinar. **Fed. Nac. das Apaes- Fenapaes**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 37-51,

jan./abr. 2015.

MOORHEAD, S. *et al.* **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

MOSER, D.C. *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção dos enfermeiros. **J. Res.: Fundam. Care. Online**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 10, p.998-1007, dez. 2018.

NASCIMENTO, K.C. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 643-648, 2008.

NDENGEYINGOMA, A.; RUEL, J. Nurses' representations of caring for intellectually disabled patients and perceived needs to ensure quality care. **Journal of Clinical Nursing**, v. 25, p. 3199-3208, 2016.

NEVES, R.S. Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de Horta. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 556-559, ago. 2006.

NEVES, R. S.; SCHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 222-229, mar./abr. 2010.

NEVES, Reinaldo de Souza. **Análise do processo de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE: um estudo de caso**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

OLIVEIRA, A.F.D. Deficiência intelectual e envelhecimento: um desafio contemporâneo. **Fed. Nac. das Apaes - Fenapaes**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 33-43, jan./abr. 2013.

OLIVEIRA, C.M. *et al.* Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem em uma unidade de um hospital universitário. **Rev. Min. Enferm**, Minas Gerais, v. 16, n. 2, p. 258-263, abr./jun. 2012.

OLIVEIRA, M.S.; FERNANDES, A.F.C.; SAWADA, N.O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 115-123, Jan-Mar. 2008.

OLIVEIRA, M.R. *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem brasileira. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 6, n. 6, p.1625-1631, jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: SEDPCD, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convention on the Rights of Persons with Disabilities**. 2006. Disponível em:

<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>. Acesso em: 23 ago. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Resolução ONU nº 2542/75**. Declaração do Direito das Pessoas Portadoras de Deficiência. 1975. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec_def.pdf. Acesso em: 23 ago. 2019.

ORTIZ, G.S.V.; ÁVILA, L.K.; COSTA, E.F. Proposta de instrumento de atenção primária à saúde da pessoa com deficiência. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med**, São Paulo, v. 63, n. 2, p. 53-60, 2018.

OUELLETTE-KUNTZ, H. *et al.* Are we making a difference in primary care for adults with intellectual and developmental disabilities? **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e154>. Acesso em: 02 ago. 2019.

PAGLIUCA, L.M.F.; MAIA, E.R. Competência para prestar cuidado de enfermagem transcultural à pessoa com deficiência: instrumento de autoavaliação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 849-855, set./out. 2012.

PEREIRA, J. S. *et al.* Saberes de enfermeiros acerca do processo de enfermagem à luz do modelo conceitual de Wanda de Aguiar Horta. **R. Pesq.: Cuid. Fundam**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 2437-2447, 2012.

PEREIRA, A.G.S. *et al.* Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de ulcera por pressão. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 454 -461, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300010>. Acesso em 14 ago. 2019.

PIMENTA, R.A.; RODRIGUES, L.A.; GREGUOL, M. Avaliação da qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de pessoas com deficiência intelectual. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 3, p. 69-76, 2010.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTELLA, M.R. *et al.* A pessoa deficiente intelectual e o envelhecimento: da percepção do fenômeno à realidade cotidiana. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 401-420, 2015.

RIBEIRO, G.C.; PADOVEZE, M.C. Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade básica de saúde: percepção da equipe de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 52, p.01-07, maio 2018.

ROSSO, L.E.; LOSSO, A.R.S. Cuidado de enfermagem na APAE: necessidades da equipe multiprofissional. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 2, n. 5, p.1076-1089, dez. 2016.

SANTOS, F.H.S.; DOTA, F.P. Inclusão profissional de pessoas com deficiência intelectual: uma questão de autonomia. In: GUILHOTO, L. (org.). **Envelhecimento e deficiência**

intelectual: uma emergência silenciosa. 2. ed. São Paulo: Instituto APAE de São Paulo, 2013. p. 117-132.

SANTOS, F.H.; WATCHMAN, K.; JANICKI, M.P. Highlights from the international summit on intellectual disability and dementia. **Dement Neuropsychol**, v. 12, n. 4, p. 329-336, dec. 2018.

SANTOS, W. N. Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **J. Manag. Prim. Health. Care.**, v. 5, n. 2, p. 153-158, 2014.

SANTOS, R.C.M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: construção de um modelo para o processo de enfermagem em um hospital pediátrico. Dissertação (Mestrado em Gestão do Cuidado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SANTOS, M.G. *et al.* Etapas do processo de enfermagem: uma revisão narrativa. **Enferm. Foco**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p.49-53, 2017.

SENA, A.C. *et al.* Construção Coletiva de um Instrumento de Cuidados de Enfermagem a Pacientes no Pré-Operatório Imediato. **Rev Baiana Enferm**, Bahia, v. 31, n. 1, p. 20-506, 2017.

SIQUEIRA, M.E.C. **Envelhecer com Deficiência intelectual**: ouvindo a cidade e a família. Tese (Doutorado em Psicologia)- Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2011.

SILVA, A. M. *et al.* Utilização da Técnica Delphi on-line para Investigação de Competências: Relato de Experiência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 348-351, jun. 2009.

SILVA, D.G. *et al.* O marco de Wanda de Aguiar Horta para o processo de enfermagem no brasil. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, Ariquemes, v. 2, n. 1, p. 56-59, 2011.

SILVA, Y.R.S. Deficiência Múltipla: conceito e caracterização. **VII EPCC Encontro Internacional de Produção Científica**. Maringá, 2011. Disponível em: https://www.unicesumar.edu.br/epcc-2011/wp-content/uploads/sites/86/2016/07/yara_cristina_romano_silva3.pdf. Acesso em: 21 fev. 2019.

SILVA, G.N.S. *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem para pacientes acometidos por hérnia de disco. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 11, n. 2, p. 55-71, set. 2013.

SOARES, M.I. **Sistematização da assistência de enfermagem**: instrumento para o processo de trabalho do enfermeiro na gerência da assistência. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, MG, 2014.

SOUZA, N.P.G. **Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta na produção do cuidado clínico e segurança do paciente em unidade de terapia**

intensiva. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, p. 102-106, 2010.

TAUA, C.; NEVILLE, C.; SCOTT, T. Appreciating the work of nurses caring for adults with intellectual disability and mental health issues. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 26, p. 629-638, 2017.

TAVARES, F.M.M.; TAVARES, W.S. Elaboração de um instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem: relato de experiência. **Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro**, Minas Gerais, v. 8, p. 1-8, 2015.

TOLENTINO, G.S.; BETTENCOURT, A.R.C.; FONSECA, S.M. Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem em quimioterapia ambulatorial. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 72, n. 2, p. 391-399, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0031>. Acesso em: 09 jul. 2019.

TOMAZ, R.V.V. *et al.* Políticas públicas de saúde para deficientes intelectuais no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 155-172, 2016.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

WESTPHALEN, M.E.A.; CARRARO, T.E. **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorização, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: ABEn-DF, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Atlas**: Global Resources for Persons with Intellectual Disabilities. 2007. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas_id_2007.pdf. Acesso em: 22 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Relatório mundial sobre as pessoas com deficiência. São Paulo: SEDPcD, 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf;jsessionid=B5B59F77F5C24C380A5505E8E726EBB?sequence=4. Acesso em: 14 ago. 2019.

APÊNDICE A – Protocolo de revisão integrativa

PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA					
<p>RECURSOS HUMANOS:</p> <p>Pesquisadora responsável: Juliana Escandiel Orientador: Dra Juliana Balbinot Reis Girondi</p>					
<p>II. PERGUNTA: Quais estudos são realizados sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem para pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento, no período de 2008 a 2019?</p>					
<p>III. OBJETIVO: Identificar e analisar os estudos realizados sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem a pessoa com deficiência em processo de envelhecimento.</p>					
<p>IV. DESENHO DO ESTUDO: Revisão Integrativa com abordagem quanti-qualitativa, seguindo as etapas definidas por Melo; Barbosa e Souza (2011):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Seleção das questões temáticas; 2) Estabelecimento dos critérios para seleção da amostra; 3) Representação das características da pesquisa original; 4) Análise dos dados; 5) Interpretação dos resultados; 6) Apresentação da revisão integrativa. 					
<p>V. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: artigos de pesquisas sobre o tema, revisão de literatura, ensaios, relatos de experiência, programas, políticas de saúde e reflexão teórica publicados em periódicos das bases de dados selecionadas para o estudo; estudos que apresentam os descritores listados neste protocolo; estudos publicados em periódicos ou anais de eventos na forma completa; livro; capítulo de livro; teses e dissertações.</p>					
<p>VI. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: publicações de trabalho duplicados; cartas; editoriais; resumos em anais de eventos ou periódicos; materiais publicados em outros idiomas que não sejam inglês, espanhol e português.</p>					
<p>VII. ESTRATÉGIAS DE BUSCA:</p> <p style="padding-left: 20px;">a) Descritores (DeCS/MeSH):</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%; padding: 5px;">Idioma</th> <th style="padding: 5px;">Descritores /MeSH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Idioma	Descritores /MeSH		
Idioma	Descritores /MeSH				

Português	Idoso, Idosos, Pessoa Idosa, Pessoas Idosas, Pessoa de Idade, Pessoas de Idade, População Idosa, ancião, anciões, velhice, terceira idade.
Inglês	Aged, elderly, older, aged person, aged persons, aged peop, aged adult, aged adults, aged population, old age, old aged, older age, third age, Aging, Senescence, Adults Aged, older adult, older adults.
Espanhol	Anciano , ancianos, tercera edad, Envejecimiento

b) Palavras-chaves:

Idioma	Palavras Chave
Português	Deficiência Intelectual, Deficiência Mental, Retardo Mental, Retardamento Mental, Processo de Enfermagem, Processos de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Cuidado de Enfermagem, Cuidados em enfermagem Cuidado em enfermagem, Assistência de Enfermagem, Atendimento de Enfermagem
Inglês	Intellectual Disability, Intellectual Disabilities, Intellectual Development Disorder, Intellectual Development Disorders, Mental Retardation, Psychosocial Mental Retardation, Psychosocial Mental Retardation, Mental Deficiencies, Mental Deficiency; Nursing Process, Nursing Process, Nursing Processes, Nursing Care, Nursing Care, Nursing Cares, Nursing Care Management.
Espanhol	Discapacidad Intelectual, Retraso mental; Proceso de Enfermería, Procesos de Enfermería, de Enfermería, Cuidados en enfermería, Cuidado en enfermería, Cuidados de Enfermería, Cuidado de Enfermería.

c) Bases de Dados: MEDLINE/ PUBMED; LILACS; SciELO; BDENF; CINAHL. Estratégias de Busca por Base de Dados.*

d) Acervos virtuais de Bibliotecas: Ministério da Saúde (Brasil); captação de livros, teses e dissertações a partir da Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina, com assessoria de bibliotecária.

e) Listar as referências dos materiais encontrados, para buscar referências que possam ser de interesse à revisão integrativa.

f) Consulta (via e-mail) a *experts* na área para solicitar possíveis materiais que não tenham sido publicados, ou cuja publicação não esteja disponível em meio virtual.

g) Período de busca: feito uma avaliação dos materiais publicados nos últimos 10 anos (2008 a 2019).

VIII. SELEÇÃO DOS ESTUDOS: A partir do critério de exaustão e pertinência na coleta dos dados, inicialmente o material (na forma de resumos) foi separado, tanto no meio impresso como digital, conforme a sua natureza (artigos, teses, dissertações, livros, anais, capítulos de livros, entre outros) e o tipo de estudo (pesquisa, relato experiência, ensaio, programas, políticas de saúde, revisão de literatura e reflexão teórica). A pesquisadora responsável realizou uma leitura flutuante de todo o material coletado (resumos), para conferir se os materiais são condizentes com o objetivo do estudo, os pertinentes foram resgatados os textos completos.

IX. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS: Foi realizada uma releitura criteriosa dos materiais pré-selecionados (textos completos), sendo selecionados aqueles que atendem a todos os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no protocolo. Esta etapa foi desenvolvida por duas pessoas de forma independente.

X. COLETA DOS DADOS: Os materiais selecionados pela pesquisadora (textos completos) foram organizados a partir do instrumento** e posteriormente analisados segundo seu objetivo, referencial teórico, método, resultados e conclusões.

Código Trabalho***				
Título				
Autores e Ano Publicação				
Tipo de Trabalho				
Objetivos				
Referencial Teórico				
Universo (país, local de desenvolvimento, método, técnica e amostra)				
Resultados				
Conclusões				

*** Os códigos seguiram a seguinte lógica:

1) Sigla do formato de publicação:

AT = artigos; AN = anais; T = teses; D = dissertações; M = monografias; L = livros; CL = capítulo de livros.

2) Sigla do tipo de publicação:

P = Pesquisa; RE = Relato Experiência; E = Ensaio; RL = Revisão de Literatura; RT = Reflexão Teórica PP=Programas; PS= Políticas de Saúde

XI. ANÁLISE DOS DADOS: Após a coleta e organização do material, os dados foram analisados a partir da Análise Temática, proposta por Minayo (2007), como uma das técnicas utilizadas para Análise de Conteúdo.

XII. SÍNTESE DOS DADOS: A síntese será realizada na forma de narrativas a partir da análise quali-quantitativa dos dados coletados.

* Estratégias de Busca por Base de Dados

Base de Dados: MEDLINE/PUBMED
Data da pesquisa: 20/03/2019
Endereço Eletrônico: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
<p>Estratégia de Busca: (("Aged"[Mesh] OR "Aged"[Title/Abstract] OR "elderly"[Title/Abstract] OR "older"[Title/Abstract] OR "aged person"[Title/Abstract] OR "aged persons"[Title/Abstract] OR "aged people"[Title/Abstract] OR "aged adult"[Title/Abstract] OR "aged adults"[Title/Abstract] OR "aged population"[Title/Abstract] OR "old age"[Title/Abstract] OR "old aged"[Title/Abstract] OR "older age"[Title/Abstract] OR "third age"[Title/Abstract] OR "Aging"[Mesh] OR "Aging"[Title/Abstract] OR "Senescence"[Title/Abstract] OR "Adults Aged"[Title/Abstract] OR "older adult"[Title/Abstract] OR "older adults"[Title/Abstract]) AND ("Intellectual Disability"[Mesh] OR "Intellectual Disability"[Title/Abstract] OR "Intellectual Disabilities"[Title/Abstract] OR "Intellectual Development Disorder"[Title/Abstract] OR "Intellectual Development Disorders"[Title/Abstract] OR "Mental Retardation"[Title/Abstract] OR "Psychosocial Mental Retardation"[Title/Abstract] OR "Mental Deficiencies"[Title/Abstract] OR "Mental Deficiency"[Title/Abstract]) AND ("Nursing Process"[Mesh] OR "Nursing Process"[Title/Abstract] OR "Nursing Processes"[Title/Abstract] OR "Nursing Care"[Mesh] OR "Nursing Care"[Title/Abstract] OR "Nursing Cares"[Title/Abstract] OR "Nursing Care Management"[Title/Abstract])) AND (Journal Article[ptyp] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))</p>
Base de Dados: SCOPUS
Endereço Eletrônico: Portal de Periódicos da CAPES

Estratégia de Busca: **title-abs-key** (("aged" or "elderly" or "older" or "aged person" or "aged persons" or "aged people" or "aged adult" or "aged adults" or "aged population" or "old age" or "old aged" or "older age" or "third age" or "aging" or "senescence" or "adults aged" or "older adult" or "older adults") and ("intellectual disability" or "intellectual disabilities" or "intellectual development disorder" or "intellectual development disorders" or "mental retardation" or "psychosocial mental retardation" or "psychosocial mental retardations" or "mental deficiencies" or "mental deficiency") and ("nursing process" or "nursing processes" or "nursing care" or "nursing cares" or "nursing care management")) and (limit-to (doctype , "ar")) and (limit-to (language , "english"))

Base de Dados: WEB OF SCIENCE

Endereço Eletrônico: Portal de Periódicos da CAPES

Base de Dados: CINAHL

Endereço eletrônico: <https://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases/cinahl-complete>

Estratégia de Busca: (("Aged" OR "elderly" OR "older" OR "aged person" OR "aged persons" OR "aged people" OR "aged adult" OR "aged adults" OR "aged population" OR "old age" OR "old aged" OR "older age" OR "third age" OR "Aging" OR "Senescence" OR "Adults Aged" OR "older adult" OR "older adults") AND ("Intellectual Disability" OR "Intellectual Disabilities" OR "Intellectual Development Disorder" OR "Intellectual Development Disorders" OR "Mental Retardation" OR "Psychosocial Mental Retardation" OR "Psychosocial Mental Retardations" OR "Mental Deficiencies" OR "Mental Deficiency") AND ("Nursing Process" OR "Nursing Processes" OR "Nursing Care" OR "Nursing Cares" OR "Nursing Care Management"))

Base de Dados: LILACS e BDEF

Endereço eletrônico: <http://bvsalud.org/?lang=pt>

Estratégia de busca: tw:((("Aged" OR "elderly" OR "older" OR "aged person" OR "aged persons" OR "aged people" OR "aged adult" OR "aged adults" OR "aged population" OR "old age" OR "old aged" OR "older age" OR "third age" OR "Aging" OR "Senescence" OR "Adults Aged" OR "older adult" OR "older adults" OR "Idoso" OR "Idosos" OR "Pessoa Idosa" OR "Pessoas Idosas" OR "Pessoa de Idade" OR "Pessoas de Idade" OR "População Idosa" OR "ancião" OR "anciões" OR "velhice" OR "terceira idade" OR "Envelhecimento" OR "senescência" OR "senência" OR "Anciano" OR "ancianos" OR "tercera edad" OR "Envejecimiento") AND ("Intellectual Disability" OR "Intellectual Disabilities" OR "Intellectual Development Disorder" OR "Intellectual Development Disorders" OR "Mental

Retardation" OR "Psychosocial Mental Retardation" OR "Psychosocial Mental Retardations" OR "Mental Deficiencies" OR "Mental Deficiency" OR "Deficiência Intelectual" OR "Deficiência Mental" OR "Retardo Mental" OR "Retardamento Mental" OR "Discapacidad Intelectual" OR "Retraso mental")) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS" OR "BDENF") AND type:(("article"))

Base de Dados: SCIELO

Endereço eletrônico: scielo.org

Estratégia de busca: (("Aged" OR "elderly" OR "older" OR "aged person" OR "aged persons" OR "aged people" OR "aged adult" OR "aged adults" OR "aged population" OR "old age" OR "old aged" OR "older age" OR "third age" OR "Aging" OR "Senescence" OR "Adults Aged" OR "older adult" OR "older adults" OR "Idoso" OR "Idosos" OR "Pessoa Idosa" OR "Pessoas Idosas" OR "Pessoa de Idade" OR "Pessoas de Idade" OR "População Idosa" OR "ancião" OR "anciões" OR "velhice" OR "terceira idade" OR "Envelhecimento" OR "senescência" OR "senência" OR "Anciano" OR "ancianos" OR "tercera edad" OR "Envejecimiento") AND ("Intellectual Disability" OR "Intellectual Disabilities" OR "Intellectual Development Disorder" OR "Intellectual Development Disorders" OR "Mental Retardation" OR "Psychosocial Mental Retardation" OR "Psychosocial Mental Retardations" OR "Mental Deficiencies" OR "Mental Deficiency" OR "Deficiência Intelectual" OR "Deficiência Mental" OR "Retardo Mental" OR "Retardamento Mental" OR "Discapacidad Intelectual" OR "Retraso mental"))

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM – MODALIDADE
PROFISSIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

PESQUISA: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL EM PROCESSO DE
ENVELHECIMENTO

Mestranda: Juliana Escandiel
Orientadora: Prof^ª. Dra Juliana Balbinot Reis Girondi

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento é chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos: O presente estudo é um projeto de dissertação de mestrado em Gestão do Cuidado em Enfermagem modalidade mestrado profissional, pela Universidade Federal de Santa Catarina, tendo como pesquisadora a mestranda Juliana Escandiel, orientada pela professora Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi (Universidade Federal de Santa Catarina). O estudo tem por objetivo: Elaborar uma proposta para o Processo de Enfermagem (PE) para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento na Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE).

Procedimentos: Participando do estudo você está sendo convidado a: avaliar o conteúdo do instrumento inserido no *Google Drive*, no formato de formulário quanto: objetividade; pertinência; precisão da redação e exequibilidade. Portanto para cada uma destas

características citadas deverá apontar se discorda; discorda parcialmente, concorda parcialmente ou concorda. Este Termo está será enviado via correio eletrônico, devidamente assinado pelos pesquisadores. Pedimos que nos devolva o termo com sua assinatura, também via correio eletrônico. **Desconfortos e riscos:** Esta pesquisa não acarreta riscos aos participantes. Você poderá sentir algum desconforto relacionado ao fato de estar avaliando a proposta criada pela pesquisadora, sendo que se de qualquer forma se você sentir algum tipo de desconforto você poderá desistir de participar desse estudo a qualquer momento, bastando para isso parar a validação via *online* solicitada.

Benefícios: Você contribuirá para melhorar a qualidade e operacionalização da assistência de enfermagem aos deficientes intelectuais em processo de envelhecimento, através da construção do Processo de Enfermagem para a Sistematização da Assistência de Enfermagem; colaborando para a validação do instrumento. Esse objeto será validado com base nos conhecimentos dos enfermeiros que participarem do estudo, subsidiados pelas referências bibliográficas conferindo ao instrumento embasamento científico, proporcionando aos profissionais segurança na implementação de cuidados de enfermagem e respaldo no registro realizado diante da assistência prestada.

Acompanhamento e assistência: Caso julgue necessário você terá acompanhamento da pesquisadora responsável após o encerramento ou interrupção da pesquisa. Caso sejam detectadas situações que indiquem a necessidade de uma intervenção, a pesquisadora compromete-se a fazer os encaminhamentos que forem necessários.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Por ser uma pesquisa envolvendo seres humanos garantimos a confidencialidade das informações. As informações fornecidas somente serão utilizadas em publicações de artigos científicos ou outros trabalhos em eventos científicos, mas sem que seu nome ou qualquer outra informação que o identifique seja revelado.

Ressarcimento: Será garantido por parte dos pesquisadores indenização no caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Como o estudo será realizado de acordo com seus horários e no local de sua preferência, não haverá necessidade de ressarcimento para custear despesas, porém, será garantido ressarcimento no caso de eventuais gastos decorrentes da pesquisa, dos quais não foram previstos pelos pesquisadores, desde que estes sejam devidamente comprovados.

Procedimentos Éticos - Em todo o processo de estudo será respeitado os critérios com relação à pesquisa envolvendo seres humanos, a partir da Resolução 466/2012, garantindo

respaldo legal de acordo com a lei. O projeto será submetido á apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina.

Contato: Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Prof. Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi na Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Florianópolis/SC; CEP 88040-400; telefone (48) 3721-8343; e-mail: juliana.balbinot@ufsc.br.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPSH) que é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Fica situada no Prédio da Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua: Desembargador Vitor Lima, número 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC; CEP 88040-400; telefone (48) 3721-6094; e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante: _____

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do responsável)

Data: ____/____/____

ANEXO A – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Pesquisador: JULIANA ESCANDIEL

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 09319319.9.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.585.339

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Dissertação de Mestrado de Juliana Escandiel, do Mestrado Profissional em Enfermagem, orientada por Juliana Balbinot Reis Girondi, que pretende elaborar uma proposta de Processo de Enfermagem para a sistematização da assistência de enfermagem para pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento na Fundação Catarinense de Educação Especial. Consta como centro coparticipante o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina.

Estudo prospectivo, com previsão de 15 participantes.

O estudo se dará em três fases:

- (1) Revisão integrativa de literatura sobre o tema; os dados serão analisados a partir da análise temática (Minayo, 2007);
- (2) Construção do processo de enfermagem (histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento e elaboração da prescrição de enfermagem, avaliação e/ou evolução de enfermagem);
- (3) Avaliação por experts, para validação segundo os seguintes critérios: (a) aparência e objetividade dos conteúdos; (b) pertinência dos conteúdos; (c) precisão da redação dos conteúdos; (d) exequibilidade dos conteúdos. Para tal será associada uma Escala Likert para registro da avaliação.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Mtor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Contratação do Parecer: 3.885.339

A proposta será avaliada através de formulário online. O convite aos experts para participação na pesquisa será enviado via correio eletrônico. O formulário será disponibilizado aos juízes avaliadores por meio de duas rodadas de validação desenvolvidas conforme a recomendação da técnica de Delphi. As recomendações dos juízes avaliadores por rodada de validação serão agrupadas e analisadas verificando-se as necessidades de alteração ou incorporação de novos itens na proposta para a adequada estruturação e apresentação do processo de enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Elaborar uma proposta de Processo de Enfermagem para a Sistematização da Assistência de Enfermagem as pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento na Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Análise adequada de riscos e benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa pode contribuir para o conhecimento generalizável sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto vem assinada pela pesquisadora responsável, a mestranda Juliana Escandiel, e pela autoridade institucional competente, no caso a sub-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Consta declaração de ciência e concordância da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, assinada pelo Diretor do Instituto de Psiquiatria, autorizando a pesquisa desde que os pesquisadores observem as Resoluções 466/12 e 510/16.

O cronograma informa que a coleta de dados terá início em 01/10/2019.

O orçamento informa despesas de R\$ 4.312,00 a serem cobertas com financiamento próprio.

O TCLE é esclarecedor a respeito de objetivos, procedimentos, riscos e direitos dos participantes, e cumpre as exigências da Res. 466/12.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Mtor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.585.339

Recomendações:

Permanecer atento(a) às normas das Resoluções que regem a ética em pesquisa no Brasil, procurando manter o foco no conforto do(s) participante(s) em todo o processo da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Agradecemos os ajustes efetuados. Estando as inconsistências resolvidas, o parecer é favorável à aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1305198.pdf	06/09/2019 00:07:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	06/09/2019 00:02:14	JULIANA ESCANDIEL	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	05/09/2019 23:59:56	JULIANA ESCANDIEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEconform esolicitacoesdoComitee.pdf	23/08/2019 15:11:29	Nelson Canzian da Silva	Aceito
Outros	PARECER_CCR.pdf	23/08/2019 15:11:13	Nelson Canzian da Silva	Aceito
Outros	carta_comite_pendencia_2.pdf	23/08/2019 15:10:51	Nelson Canzian da Silva	Aceito
Outros	carta_comite_pendencia_1.pdf	23/08/2019 15:10:23	Nelson Canzian da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_2.pdf	23/08/2019 15:07:50	Nelson Canzian da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_1.pdf	23/08/2019 15:07:40	Nelson Canzian da Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMADOESTUDO.pdf	23/08/2019 15:06:28	Nelson Canzian da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	conti_cartases.pdf	04/05/2019 16:46:37	JULIANA ESCANDIEL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_deSolicitacoes_sc.pdf	04/05/2019 16:46:20	JULIANA ESCANDIEL	Aceito
Outros	Cont_Cartadereposta.pdf	04/05/2019 16:44:51	JULIANA ESCANDIEL	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Mtor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.585.339

Recurso Anexado pelo Pesquisador	cont_Cartaderespostaaspendencias.pdf	04/05/2019 16:44:24	JULIANA ESCANDIEL	Aceito
Outros	Carta_derespostaaspendencias1.pdf	04/05/2019 16:42:38	JULIANA ESCANDIEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleconformesolicitacaodoomite.pdf	04/05/2019 16:38:57	JULIANA ESCANDIEL	Aceito
Cronograma	cronogramadoestudomodificado.pdf	04/05/2019 16:35:36	JULIANA ESCANDIEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclemodificado.pdf	11/03/2019 21:32:22	JULIANA ESCANDIEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoassistencial.pdf	01/03/2019 11:47:42	JULIANA ESCANDIEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/02/2019 21:11:18	JULIANA ESCANDIEL	Aceito
Folha de Rosto	JULIANAESRANDIEL.pdf	28/02/2019 20:52:39	JULIANA ESCANDIEL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 19 de Setembro de 2019

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br