

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FORMAÇÃO DE EDUCADORES EM SAÚDE –
CEFES

MICHELE NAKAHARA MELO

**AÇÕES DE PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE ENTRE PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA COGNITIVA**

SÃO PAULO

2019

MICHELE NAKAHARA MELO

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA COGNITIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde – CEFES, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio Gomes

SÃO PAULO

2019

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

MELO, MICHELE NAKAHARA

AÇÕES DE PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE ENTRE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA COGNITIVA [manuscrito]
/MICHELE NAKAHARA MELO - 2019.

33 p.

Orientador: Marco Antonio Gomes.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação de Educadores em Saúde.

1. Enfermagem. 2. Promoção da Saúde. 3. Educação em Saúde. 4. Educação de Pessoa com Deficiência Intelectual. I. Gomes, Marco Antonio. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

Michele Nakahara Melo

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA COGNITIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - CEFES, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Marco Antonio Gomes (Orientador)



Prof^ª. Dr^ª. Luciana Batista Nogueira

Data de aprovação: **14/12/2019**

DEDICATÓRIA

Para minha mãe, irmão, padrasto e pai. Aos meus tios e primos. Àqueles que fisicamente não estão mais nesse mundo e a todos meus amigos. Meus pacientes e amados alunos, fonte inesgotável de incentivo e motivação na caminhada da carreira de enfermeira docente.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus e a todos os meus Guias, por sempre me sustentarem e nunca terem me deixado desanimar e abater pelas dificuldades cotidianas.

A Minha mãe fonte inesgotável de incentivo, apoio e parceira, sua felicidade é a minha. Ao meu irmão Rafael e meu padraсто Luiz pela confiança nos meus sonhos e na carreira que venho construindo na enfermagem desde 2010, pela força e paciência nos momentos difíceis e, principalmente de ausência;

A toda a minha família, que direta e indiretamente, participou dessa etapa tão importante da minha vida e me ajudou de todas as formas possíveis, comemorando a cada vitória.

A todos os meus amigos, em especial minha amiga Évani que, mesmo longe e durante todos os momentos em que tive que me ausentar pelas diversas ocupações que o percurso de formação docente nos traz, ainda assim, deram-me suporte e auxílio, incentivando-me a continuar minha caminhada em busca de meus sonhos.

Agradeço à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais pela grande oportunidade de realização desta especialização, assim como as professoras, por todos os ensinamentos, em especial às minhas tutoras, as professoras Anadias Trajano e Flavia Ercole e ao meu orientador Marco Antonio Gomes.

A todos meus colegas de turma, principalmente a Talita Cristiely e Fraulein, todo o suporte, apoio e troca de conhecimentos e experiências com vocês fizeram toda a diferença nesses dois anos de curso.

A todas as pessoas que participaram (in)diretamente deste projeto de intervenção, principalmente à coordenação do IMEPP e seus usuários, não há palavras para descrever tamanha satisfação e felicidade. Sem cada um de vocês, nada disso teria sido possível.

Gratidão, gratidão, gratidão eterna...

“I attribute my success to this: I never gave or took an excuse.”

Florence Nightingale

RESUMO

Atualmente, a inclusão social de pessoas portadoras de alguma deficiência deve ser atendida e discutida para que todos os serviços e profissionais de saúde sejam capacitados para atender e assistir essas pessoas. A Enfermagem, hoje constituída como ciência do cuidar, sendo composta por conhecimentos, competências, um arcabouço teórico e uma prática clínica definida. Por isso é capaz de se inserir em quaisquer níveis de assistência à saúde, onde enfermeiros possam entrar em contato com indivíduos a fim de promover, proteger e recuperar a saúde desses. Sendo assim, o presente projeto de intervenção teve como **objetivo principal** de fomentar ações de promoção e educação em saúde em uma instituição que assiste pessoas e seus familiares com deficiência cognitiva no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. **Metodologia:** Trata-se de um projeto de intervenção que utilizou de quatro oficinas/ações e que englobou diversas estratégias combinadas para atingir os objetivos e metas pactuadas com a instituição escolhida. **Resultados:** Os resultados foram divididos em eixos temáticos, a saber: Educação em saúde com a família – Oficina “Família IMEPP”; Ações Sociais; Processo de Enfermagem e Oficina de Salão de Beleza, todas com a premissa de respeito às diferenças e promoção da autonomia das pessoas com deficiência cognitiva, envolvendo processos de promoção, prevenção e educação em saúde. **Considerações Finais:** As intervenções apresentadas e implementadas, de modo geral, atingiram seus objetivos, anteriormente previstos e solicitados pela instituição, de forma satisfatória. Uma vez que ações de promoção, prevenção e educação em saúde são inerentes ao enfermeiro educador, tanto para os usuários quanto para seus responsáveis, foram realizadas de forma a atender as demandas e particularidades, de forma a suprir e acolher os usuários de forma individualizada.

Palavras-chave: Enfermagem; Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Educação de Pessoa com Deficiência Intelectual.

THE ROLE OF NURSES IN HEALTH PROMOTION FOR COGNITIVE DISABLED PEOPLE

Currently, the social inclusion of people with disabilities must be met and discussed so that all services and health professionals are trained to serve and assist these people. Nursing, today constituted as a science of care, is composed of knowledge, skills, a theoretical framework and a defined clinical practice, thus being able to fit into any level of health care, where nurses can contact individuals in order to promote, protect and restore their health. Thus, the present intervention project **aimed to** promote health promotion and education in an institution that assists people and their families with cognitive disabilities in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais. **Methodology:** This is an intervention project that used the methodological path divided into four distinct steps, and that encompassed several strategies combined to achieve the objectives and goals agreed with the chosen institution. **Results:** The results divided into thematic axes, namely: Health Education with the Family - “IMEPP Family” Workshop; Social actions; Nursing Process and Salon Workshop, all with the premise of respect for differences and promotion of autonomy of people with cognitive disabilities, involving processes of promotion, prevention and health education. **Final Considerations:** The interventions presented and implemented, in general, achieved their objectives, previously foreseen and requested by the institution, satisfactorily. Since health promotion, prevention and education actions are inherent to the nurse educator, both for users and their guardians, they performed in order to meet the demands and particularities in order to meet and receive users individually.

Keywords: Nursing; Health Promotion; Health Education; Education of Intellectually Disabled.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
4	MÉTODOS	19
5	RESULTADOS	20
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
7	REFERÊNCIAS	32

1) INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo dados do censo realizado, em 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 45,5 milhões de pessoas convivem com algum tipo de deficiência, o que representa 24% de brasileiros. Sendo a deficiência de origem cognitiva, perfaz cerca de 2,6 milhões (1,4%) de pessoas (IBGE, 2010). Segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), o indivíduo portador de uma deficiência é aquele com algum tipo de alteração motora, sensorial e mental (FREITAG & RODRIGUES, 2012).

A Enfermagem, hoje constituída como ciência do cuidar, é composta por conhecimentos, competências embasadas por um arcabouço teórico e uma prática clínica definida, o que nos insere em um distinto patamar profissional (SZYLIT, POLES, CRUZ; 2014). Sendo capaz de se inserir em quaisquer níveis de assistência à saúde (desde o primário ao quaternário), onde os enfermeiros possam entrar em contato com indivíduos a fim de promover, proteger e recuperar a saúde desses (BRASIL, 1990).

Desde a sua regulamentação como prática profissional, com a Lei do Exercício Profissional (COFEN, 1986), a enfermagem vem acompanhando as evoluções das formas de cuidar, sendo a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Trata-se de uma metodologia de cunho científico que tem como finalidade instrumentalizar o enfermeiro e sua equipe para a implementação do cuidado de enfermagem de forma organizada e pautada na prática baseadas em evidências, facilitando a mensuração dos resultados de enfermagem e a documentação da prática de enfermagem, fomentando a visibilidade e o reconhecimento profissional (COFEN, 2009).

Em 2009, a resolução 358 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), tornou-se obrigatória e deliberativa a implantação da SAE e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, sendo esse organizado e pautado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber: 1) Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); 2) Diagnóstico de Enfermagem; 3) Planejamento de Enfermagem; 4) Implementação e 5) Avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009).

Uma vez que assistência de enfermagem necessita de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, o enfermeiro deverá atuar de forma direta ou indireta em cinco processos

articulados, a saber: Administrar, Assistir, Ensinar, Pesquisar e Participar Politicamente. Sendo pertinente o desenvolvimento dessas dimensões ainda em sua formação acadêmica, e de forma continuada e permanente após sua inserção no contexto laboral. As dimensões assistencial e educacional aparecem como um dos protagonistas do trabalho em enfermagem, mas não perdendo de vista que para desempenhar tais funções, é inerente o “pesquisar” as melhores evidências, o “gerenciar” para que nosso cuidado seja de fato prestado de forma integral, com o melhor custo-benefício de insumos e sabendo administrar de forma a liderar a equipe de enfermagem e por último, exercer nossa participação social através do órgãos de classe, prezando pela nossa categoria (SANNA, 2007; TOSSIN et al, 2016).

Atualmente, em âmbito nacional, a inclusão social de pessoas portadoras de alguma deficiência deve ser atendida e discutida para que todos os serviços e profissionais de saúde sejam capacitados para atender e assistir essas pessoas. Entretanto, percebe-se que ainda na formação acadêmica, a temática é pouco abordada e quando é, realiza-se de forma de disciplinas optativas e de forma desintegrada, sendo na maioria das vezes pouco efetiva ou proveitosa de forma a contribuir significativamente para o aprimoramento profissional.

Sendo assim, torna-se relevante a capacitação e inserção de enfermeiros em serviços que assistem pessoas com deficiência cognitiva (REBOUÇAS, 2011).

1.1) PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

Apesar de ser uma instituição que presta serviços sociais, o profissional enfermeiro não consta como uma categoria profissional na equipe, sendo possível identificar várias demandas e vulnerabilidades no que tange à promoção e educação em saúde que podem ser solucionadas/amenizadas com o serviço desse profissional.

As demandas de cuidado dos usuários com deficiência cognitiva e responsáveis/familiares que podem ser atendidas por um profissional enfermeiro é viável e factível com o projeto de intervenção, uma vez que palestras, rodas de conversas, acolhimento de demandas do usuário, entrevistas, bem como todo o processo de enfermagem pode melhorar as ações de autocuidado, saúde e prevenção de agravos.

1.2) CENÁRIO

O presente projeto de intervenção teve como cenário, o IMEPP- ATENDIMENTO SOCIOASSISTENCIAL, fundada em 01 de janeiro de 1972, e está localizada à Rua Barão de Santa Helena nº 51, bairro Granbery – Juiz de Fora – MG.

A instituição tem como missão, a prestação de serviços assistenciais para assegurar o atendimento especializado com apoio, orientação e acompanhamento de pessoas com deficiência cognitiva e suas famílias, além de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade e risco social. De forma a abarcar a promoção do desenvolvimento integral (social, emocional e a cidadania) de pessoas com capacidades intelectuais diferenciadas (deficiência cognitiva permanente e dificuldades de aprendizagem) e comprometimentos específicos nas áreas psicológica, cognitiva, motora de fala, e linguagem, através da assistência social, educacional e terapêutica, favorecendo assim o exercício da cidadania

1.3) JUSTIFICATIVA

A partir da ambiência no serviço, foi realizado um diagnóstico institucional e que elencou algumas demandas no que tange à assistência, educação e promoção da saúde, como a ausência de atividades de educação e promoção da saúde, tanto para os usuários do serviço quanto para seus responsáveis/família.

Uma vez que a ausência de um profissional enfermeiro no contexto da instituição pode limitar as ações de saúde que são necessárias aos usuários que apresentam questões de autocuidado inadequado, baixa adesão medicamentos, lacunas de conhecimento em relação à orientação e as práticas de saúde que poderiam ser desenvolvidas, e que podem contribuir positivamente nas vidas dessas pessoas.

2) DESENVOLVIMENTO

Através das atividades preestabelecidas por esse projeto de intervenção, foi possível delimitar dois tipos de objetivos:

2.1) OBJETIVO GERAL

Objetivou-se com esse projeto de intervenção, fomentar ações de promoção e educação em saúde tanto para os usuários, quanto para seus cuidadores/responsáveis assistidos pela instituição.

2.2) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como objetivos específicos, tivemos: 1) acolher as demandas de forma individualizada; 2) identificar situações de risco e/ou vulnerabilidade à saúde através das etapas do PE; 3) promover o desenvolvimento integral, a autonomia, a inclusão social, melhoria da qualidade de vida, por meio da assistência de enfermagem, como a consulta de enfermagem; 4) realizar atividades/ações de educação em educação em saúde, direcionadas para a promoção do autocuidado, ações de saúde com fins preventivos, principalmente para os usuários portadores outras comorbidades, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes (DM); 5) contribuir para a construção de projetos individuais e coletivos para o desenvolvimento da autoestima, autonomia, inserção e sustentabilidade, desenvolvimento de potencialidades e ampliação do universo informacional e cultural para essas pessoas, utilizando de recursos disponíveis na comunidade, família, além de recursos lúdicos que potencializem a autonomia e a criação de estratégias que possam diminuir os possíveis agravos, fomentando a dimensão do cuidar na área da educação em saúde.

2.3) PÚBLICO-ALVO

Na instituição são assistidas crianças (a partir de 5 anos completos), adolescentes, jovens, adultos, idosos e famílias (grupo familiar ou indivíduo), nos quais apresentam algum tipo de

deficiência cognitiva, em sua maioria com Síndrome de Down, Autismo, retardo mental ou vulnerabilidades e/ou riscos sociais.

Cabe destacar que prática de enfermagem não é baseada em diagnósticos médicos, uma vez que prezamos pelo atendimento de demandas do ser humano de forma integral e não de sua doença, por isso não foi objetivo desse trabalho segregar os usuários por “rótulos” diagnósticos.

A abrangência Regional, atendendo a todos os bairros do município de Juiz de Fora (zonas urbana e rural) – MG, os horários de funcionamento são: de 2^a a 4^a, nos turnos manhã, tarde e noite e 5^a e 6^a, nos turnos manhã e tarde (*MANHÃ: 7 ÀS 12H *TARDE: 13 ÀS 17H e *NOITE: 17 ÀS 20:20H).

Atualmente o IMEPP atende 268 usuários e suas famílias, que configuram a capacidade máxima dentro das condições físicas e profissionais. Os grupos assistidos pela instituição: Pessoas cujas famílias são beneficiárias de Programas de Transferência de Renda (Ex.: Bolsa Família); Beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC)/LOAS e suas famílias; Usuários de substância psicoativa (álcool e outras drogas); Pessoas idosas em isolamento pela ausência de condições familiares e de acesso a serviços; Pessoas deficientes em isolamento pela ausência de condições familiares e de acesso a serviços; Pessoas com vínculos familiares fragilizados e Famílias e/ou indivíduos que vivenciam violações de direitos por ocorrência de: violência física, psicológica, negligência, abandono, tráfico de pessoas, violência sexual e aplicação de medida de proteção ou socioeducativa.

2.4) METAS

A partir dos objetivos elencados, o presente projeto de pesquisa teve duração de 12 meses e delineou como as principais metas: 1) Promover a assistência de enfermagem de forma integral às pessoas com comprometimentos específicos nas áreas psicológica, cognitiva, motora de fala, e linguagem, através do uso da SAE, utilizando do PE; 2) Implementação das intervenções educativas a partir de demandas situacionais levantada, a partir de habilidades e competências em educação em saúde, promovendo assim, o desenvolvimento social, emocional e a cidadania de pessoas com capacidades intelectuais diferenciadas (deficiência cognitiva permanente e dificuldades de aprendizagem) e/ou em situação de vulnerabilidade e risco social e seus familiares/cuidadores; 3) Construir um novo campo de atuação para o cuidado de enfermagem,

demonstrando a relevância da assistência de enfermagem na reinserção e inclusão social de pessoas com demandas especiais.

3) FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Historicamente, as civilizações europeias, abandonavam e sacrificavam pessoas com deficiência na Antiguidade. Em Roma, com advento do Direito, A Lei das XII Tábuas, dava autorização para que os pais matassem filhos que apresentasse “disformes”. Já na Idade Média, com a expansão do Cristianismo, foi difundida a crença de que as pessoas com alguma deficiência também eram filhas de Deus, inaugurando as perspectivas da caridade, o que culminou com a criação dos primeiros asilos destinados à essas pessoas, criando e perdurando, até os dias atuais, a ideia de segregação e exclusão dessas pessoas (IBGE, 2018).

O termo deficiências, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde, refere-se aos problemas na funcionalidade ou estrutura do corpo, o que pode ocasionar uma anormalidade e/ou defeito, perda ou outro desvio importante quando comparado ao padrão fisiológico do corpo. Essas podem ser classificadas como temporárias ou permanentes, progressivas, regressivas ou estáveis, intermitentes ou contínuas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), pessoas com algum tipo de deficiência é definido, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), como termo utilizado para referir deficiência, limitações de atividade e restrições de participação social e entre os indivíduos, envolvendo aspectos negativos da interação entre um indivíduo e os fatores contextuais, não sendo considerado um fenômeno puramente biológico nem social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

No que tange aos avanços legislativos em relação às pessoas com deficiência ao longo da História, no que tange à sociedade, pouco podemos considerar como “avanço”, uma vez que se perpetua a visão pejorativa da deficiência ainda bastante arraigada como indesejada, com menos valor e incapacitados de se inserir na sociedade (IBGE 2018).

Em 1948, foi aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), a Declaração Universal dos Direitos Humanos, mas somente após a II Guerra Mundial e ao longo da Guerra do Vietnã, que foi vislumbrado a reabilitação e a integração social das pessoas com deficiência, por conta dos soldados que participaram de tais guerras e que saíram dessas com

alguma seqüela e exigiam direitos básicos. Somente a partir desse marco, em 1971, que as pessoas com deficiência apareceram como sujeitos de direitos na Declaração dos Direitos das Pessoas com Retardo Mental (*Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons*), e em 1975, na Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes (*Declaration on the Rights of Disabled Persons*) (IBGE, 2018).

Tais Convenções, proclamadas na ONU, tiveram a finalidade de ir para além do tratamento médico, mas abarcando principalmente o tratamento psicológico, o respeito e a proteção contra qualquer segregação de origem discriminatória, os direitos civis e políticos, a participação social, educação e trabalho, entre outros direitos. Sendo o ano de 1981, o Ano Internacional das Pessoas Deficientes (*International Year of Disabled Persons*), no qual a ONU lançou, em seguida, o Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes (*World Programme of Action concerning Disabled Persons*) (IBGE, 2018).

De acordo com a OMS, pessoas convivendo com algum tipo de deficiência é uma questão mundial de saúde pública, principalmente no tocante aos direitos humanos. Deve ser encarado como uma prioridade, nesse contexto, e compartilhado com todos, pois pelos menos uma vez na vida, direta ou indiretamente, nos relacionamos com alguma pessoa que possui alguma deficiência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Com a finalidade de realizar um cuidado eficiente e de direcionado, e que utilize os moldes do método científico, sistematizando as intervenções cabíveis de forma que sejam alinhados com os déficits apresentados dificuldades, facilidades, dúvidas e anseios (MOURA et al, 2015).

Como mencionado anteriormente, a partir da resolução 358 de 2019 do COFEN, tornou-se obrigatória e deliberativa a implantação da SAE e a implementação do PE em todos ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, sendo esse organizado e pautado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber: 1 - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo contínuo e contextualizado no cenário e nas pessoas a serem alvo do cuidado de enfermagem, realizado com o auxílio de métodos e técnicas diversificadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde - doença. Sendo realizado com técnicas embasadas no relacionamento interpessoal entre o profissional e o usuário do serviço e na realização do exame físico de enfermagem (BARROS, 2015).

Na segunda etapa, temos o Diagnóstico de Enfermagem - processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com o levantamento dos problemas de enfermagem e os possíveis Diagnósticos de Enfermagem a partir da Taxonomia da *NANDA International* a serem elencados e que representam, com mais exatidão aos problemas levantados e que constituem o alicerce que irá subsidiar a terceira etapa, para os possíveis resultados de enfermagem e as intervenções de enfermagem (HERDMAN, KAMITSURU; 2014).

A partir da delimitação dos Diagnósticos de Enfermagem, passamos para a terceira etapa, que prevê o Planejamento de Enfermagem, que é a determinação dos resultados de enfermagem que se espera alcançar a partir do sistema de mensuração da taxonomia *Nursing Outcomes Classification* (NOC); e das ações ou intervenções de enfermagem mais cabíveis e que foram pactuadas com os usuários do cenário a partir da taxonomia *Nursing Interventions Classification* (NIC) a partir dos Diagnósticos de Enfermagem levantados (BULECHEK et al, 2016; MOORHEAD et al, 2015)

Uma vez delineado O planejamento de Enfermagem, a equipe de Enfermagem como um todo, deverá proceder com a Implementação, que o momento de realização implementação do planejamento de enfermagem traçado a partir da etapa anterior e com a assistência de enfermagem, implementar as intervenções de Enfermagem. E por último, devemos realizar a Avaliação de Enfermagem, que é um processo contínuo que tem como finalidade a avaliação das intervenções de enfermagem implementadas a partir de mudanças nas respostas da pessoa. Para determinar se as intervenções de enfermagem foram efetivas, será utilizada a taxonomia NOC, como já mencionado. E se caso a intervenção não for efetiva, deverá ser realizada uma reestruturação nas etapas anteriores do processo de Enfermagem (JOHNSON et al, 2012).

Atualmente, em âmbito nacional, a inclusão social de pessoas portadoras de alguma deficiência deve ser atendida e discutida para que todos os serviços e profissionais de saúde sejam capacitados para atender e assistir essas pessoas, entretanto, o que percebemos e que ainda na formação acadêmica a temática é pouco abordada e quando é, realiza-se de forma de disciplinas optativas e de forma desintegrada, sendo pouco efetiva e inserindo no mercado de trabalho profissionais despreparados (REBOUÇAS, 2011).

4) METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de implementação que utilizou de estratégias combinadas a fim de alcançar os objetivos previamente previstos que abarcaram a realização de ações de promoção e educação em saúde para os usuários do cenário escolhido.

Tal plano de intervenção teve como caminho metodológico as etapas que serão mencionadas a seguir: 1) inicialmente foi feito contato com a coordenação do IMEPP com a finalidade de apresentar a proposta de intervenção e pactuar quais as demandas do serviço e lacunas que poderiam ser transpostas com ações de enfermagem. Nessa ocasião foram expostos os principais problemas que os usuários estavam apresentando no que tange à saúde; 2) De acordo com o exposto na reunião, foi vislumbrado o plano de ação que uma vez implementado poderia atender a maior parte da demanda dos usuários, assim como seus responsáveis, foi nesse momento que foram delineadas e pactuadas as oficinas que ficariam a cargo da enfermeira.

A demanda mais emergencial foi em relação ao acolhimento de dúvidas dos responsáveis dos usuários do IMEPP no que tange a orientações em saúde, tal oficina mais tarde foi denominada de “Família IMEPP”; a segunda demanda foi em relação à realização de uma ação social para levantar potenciais problemas de saúde na população assistida pela instituição; a terceira, com vistas a identificar os problemas de saúde e possíveis ações de enfermagem para a manutenção, reabilitação, promoção e prevenção de saúde.

Foi realizado o PE, com suas respectivas cinco etapas com os usuários mais frequentes na instituição, como forma de identificar os principais problemas passíveis de serem solucionados ou amenizados por intervenções de enfermagem. 4) a última ação de enfermagem foi realizada a partir dos diagnósticos de enfermagem levantados no item 3, o que subsidiou a criação da “Oficina de salão de beleza” com a finalidade de fomentar e incentivar ações de autocuidado nos usuários e nesse momento eram discutidos assuntos de promoção e educação em saúde.

Ainda nesse contexto, foi previsto acolhimento de demandas, de forma a identificar situações de vulnerabilidade em saúde de acordo com raciocínio clínico de enfermagem, embasado pelo PE e promover o desenvolvimento da autonomia do indivíduo, viabilizar ações de inclusão social e melhora na qualidade de vida por meio do incentivo do autocuidado.

5) RESULTADOS

Os resultados obtidos serão, didaticamente, divididos em eixos de forma a organizar as atividades realizadas.

5.1) EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM A FAMÍLIA – OFICINA “FAMÍLIA IMEPP”

A presente oficina surgiu de forma a atender a demanda do serviço em relação às demandas dos responsáveis dos usuários assistidos na instituição, uma vez que por se tratar de serviço socioassistencial, algumas demandas de saúde saiam do escopo de atuação dos profissionais (pedagogos, psicólogos, assistente social). Por isso, foi proposto pela coordenadora do serviço, a criação da presente oficina que teria duração de 60 a 120 minutos, nas terças-feiras, de forma a esclarecer dúvidas de saúde, e principalmente o como os responsáveis poderiam conduzir algumas demandas específicas de seus parentes com deficiência cognitiva.

A princípio, os responsáveis foram convidados para uma reunião inicial para pactuar a duração e o dia da semana, que melhor atendesse a todos. Em conjunto com uma assistente social da instituição, nos reuníamos em círculo, de forma que todos pudessem entrar em contato com todos presentes, sem uma posição de hierarquia entre as profissionais e os responsáveis presentes.

Na reunião inicial, foram apresentadas as profissionais responsáveis pela oficina, uma enfermeira e uma assistente social e que qualquer dúvida ou demanda de saúde e aconselhamento pudessem ser sugeridas para ser pauta da oficina.

Os assuntos que foram solicitados e posteriormente discutidos, na ocasião, foram: conjuntivite, febre amarela, apneia do sono, sexualidade, hiper e hipotireoidismo, alterações de sódio e potássio, esteatose hepática, diabetes e hipertensão arterial, uso abusivo de medicações, importância das vacinas, sexualidade, menopausa e climatério.

Todos os assuntos sugeridos, foram abordados de forma a responder às demandas dos responsáveis, em sua maioria mães dos usuários. As oficinas tinham uma dinâmica de envolver a participação de todos, e que os assuntos discutidos seriam tratados de forma respeitosa e que nenhuma opinião seria julgada de forma pessoal e que qualquer incongruência de opinião seria corrigida respeitosamente.

Cabe destacar que as oficinas seguiam uma sequência de eventos, de forma a padronizar sua realização: 1) os responsáveis eram recebidos com uma mesa de café da tarde, uma forma de

acolher e tornar o momento mais acolhedor possível; 2) uma vez que todos estavam devidamente acomodados, os temas eram apresentados, cada tema era definido a partir da demanda dos próprios participantes no encontro anterior, na maioria das vezes mais de uma temática era solicitada, o que era muito pertinente, uma vez que quando mais assuntos abordados, mais efetiva seria a oficina.

No início da oficina, o tema que seria abordado era apresentado, e como forma de avaliar o conhecimento prévio dos participantes, era solicitado que quem tinha algum conhecimento, ou opinião sobre a temática, que poderia externar seu receio de julgamentos, uma vez que todos estávamos ali com a finalidade de trocar conhecimentos e experiências; 3) A partir do conhecimento prévios dos participantes a temática era discutua de forma a valorizar o que era mencionado por eles e sutilmente era introduzido os saberes e conhecimentos científicos com linguagem adequada e pertinência para o contexto dos participantes, caso algum participante apresentasse conceitos errôneos ou inadequados, tal conhecimento e/ou pensamento era acolhido e respeitosamente discutido de forma a apresentar a correção de tal. 4) uma vez discutido e sanadas as dúvidas, antes de finalizar a oficina, era questionado se alguma dúvida não tinha sido acolhida ou se algo não tinha sido compreendido por alguém e que se alguém quisesse permanecer para questionar ou pontuar algum assunto em particular, as profissionais iriam permanecer mais 10 a 15 minutos à disposição. E antes de fechar a oficina eram definidos quais os próximos temas a serem tratados.

Durante os momentos particulares com alguns responsáveis, foi percebido que a maioria das demandas apresentadas giravam em torno da deficiência de seus parentes, na maioria das vez, da dificuldade de lidar com os mesmos, a sobrecarga que eles tinham por assumir a responsabilidade de cuidar de alguém que, na maioria das vezes, não possuem autonomia e responsabilidade para lidar com os assuntos cotidianos, às vezes apresentam agressividade, problemas de preconceito quando convivem em sociedade, diferentes maneiras de expressar sua sexualidade, dentre tantos outros.

Cabe destacar que o enfoque era sempre como esses responsáveis se sentiam sobrecarregados e muitas vezes, as mães relatavam se sentir culpadas pela deficiência de seus filhos e que deixavam de se cuidar pela sobrecarga de cuidados direcionados aos seus filhos.

Foi nesse momento, que a oficina teve um outro desdobramento, a princípio inesperado, de acolhimento de sentimento de culpa, tristeza, sobrecarga, um verdadeiro momento de

desabafo, uma vez que durante esses encontros pontuais os responsáveis compartilhavam assuntos particulares e se sentiam acolhidos por partilhar assuntos e sentimentos difíceis de serem compartilhados.

Cabe destacar, que ao final na oficina, outros assuntos também eram acolhidos, e de acordo com o escopo de atuação de cada uma, foram sanadas dúvidas em relação a verificação de medicação em prescrição médica e potenciais efeitos adversos, assuntos relacionados à sexualidade do filho/filha, acolhimento de resultado de exame positivo para sífilis, infecções sexualmente transmissíveis, dentre tantos outros.

A oficina foi avaliada positivamente pelos funcionários da instituição e, principalmente pelos responsáveis dos usuários, que viam o momento, uma oportunidade de fomentar ações de autocuidado, pois o que foi percebido é que a maioria das mães viviam em função do filho/filha, colocando-se em segundo plano, no que tange saúde, cuidados, vontades, dentre outros.

5.2) AÇÕES SOCIAIS

De forma a dinamizar as ações de enfermagem para todos os usuários do serviço, foi proposto pela coordenação do mesmo, a realização de ações sociais, que eram previamente agendadas e divulgadas. No qual, a enfermeira ficou a cargo de realizar: 1) acolhimento e entrevista direcionada com os usuários e seus responsáveis, realização de medidas antropométricas (peso e altura), registro de patologias e uso de medicamentos, cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), bem como a divulgação do resultado do IMC, classificado em: Normal (18,5 a 24,99), acima do peso (25 a 29,99), obesidade grau I (30 a 34,99) e obesidade severa (35 e 39,99) em material impresso, orientando sobre os achados, realizado também aferição de pressão arterial.

A ação social, teve como resultados, a participação de 35 usuários da instituição, sendo identificadas seis pessoas com os níveis pressóricos elevados, 13 pessoas classificadas como acima do peso, de acordo com o IMC, sendo desses oito classificados como obesos.

Cabe mencionar que todos os usuários foram orientados em relação aos hábitos de vida saudáveis, e os usuários que identificados com algum desvio das medidas realizadas, que não estavam com seus responsáveis no momento da consulta, os responsáveis foram notificados de forma a receber uma orientação do que poderia ser feito e caso fosse necessários,

encaminhamentos foram realizados, prezando o protagonismo do enfermeiro, em relação à promoção e educação em saúde.

Ainda nesse contexto, foi convidada uma dentista que palestrou sobre a higiene bucal e demonstrou como deve ser realizado a higiene bucal cotidianamente, nesse momento foram distribuídos 45 kits de higienização bucal. Ao final da palestra, todos os usuários foram convidados a realizar a higiene bucal de forma a incentivar, identificar, corrigir equívocos nesse processo. Todos foram auxiliados durante esse processo. Cabe ainda mencionar, que como demanda de alguns usuários, foi convidada também, uma cabelereira para a realização de cortes de cabelo e penteados.

As ações sociais tiveram impacto positivo e devem ser incentivadas como forma de fomentar e incentivar ações de identificação, prevenção, educação e promoção da saúde.

5. 3) PROCESSO DE ENFERMAGEM

De forma a orientar as atividades de enfermagem para àqueles usuários mais presentes no serviço, foram feitas consultas de enfermagem, com vistas a organizar a assistência de enfermagem prestada, e principalmente identificar as principais demandas dos usuários que são passíveis de serem identificadas, amenizadas e solucionadas por meio de intervenção de enfermagem.

Sendo assim, foram feitos o histórico de Enfermagem com a coleta de dados com os usuários e realização do exame físico, levantados os diagnósticos de enfermagem cabíveis, assim como as intervenções pactuadas com os usuários.

- **Histórico de Enfermagem 1**

C.A.M. 58 anos, adulta, vígil, responde com coerência ao que é perguntado, acompanhada pelo IMEPP, proveniente de sua residência por transporte da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, sem acompanhamento familiar na instituição. No momento, responde com coesão as perguntas em tempo e espaço. Relata dificuldade de se lembrar de datas. No momento apresenta bom aspecto de higiene, roupas limpas, preserva o autocuidado, implantação dentária e uso de prótese móvel, pele íntegra, abdômen globoso, panturrilha livre e sem edema.

Portadora de Diabete Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, fazendo uso de medicações três vezes ao dia, mas não recordou os nomes dos medicamentos, mas mostrou a equipe seu portarremédio. Nega alergia medicamentosa. Nega procedimentos cirúrgicos e internações progressas. Não sabe relatar e não se lembra do seu cartão vacinal, mas relatou ter ido participar da última campanha (segundo calendário 2018 é Febre Amarela).

Primeira menstruação aos 10 anos, lembra de sentir muitas dores nas mamas e não ter cólica menstrual, relatou que o fluxo era intenso e tinha duração de sete dias, parou de menstruar há algum tempo. Nega ter dito relação sexual/amorosa. Relata de ido ao Ginecologista por rotina. Não realiza atividade física, mas quando tinha bicicleta gostava de andar.

Faz ao menos cinco refeições ao dia (café da manhã, almoço, lanche no IMEPP, lanche da tarde e jantar), com limitações devido ao quadro de DM.

Diurese espontânea, SIC apresenta coloração escura de odor fétido e espumosa, sendo mais frequente a noite. Intestino regular. Relata manter sono preservado, tranquilo, sem pesadelo, acordando apenas para ir ao banheiro. Após morte dos pais, morou com uma das irmãs, atualmente reside com um irmão e uma sobrinha de 21 anos, em residência própria de alvenaria, demonstrou se sentir excluída com a chegada do animal de estimação (cachorro), “acha que a atenção está sendo dividida”.

Em relação ao convívio familiar, relatou não ter contato com familiares e que muitos já faleceram. Disse ser aposentada, e que o irmão administra seu dinheiro, mas que ganha uma mesada e que não lhe falta nada. Não segue e não se simpatiza com nenhum credo religioso, mas acredita em Deus. Gosta de ouvir música do gênero: pagode, samba e funk. Assiste televisão. Relata ajudar nos afazeres domésticos e que fica muito sozinha.

Relatou falta de firmeza em perna direita, já sofreu queda na rua, mas não soube associar a descontrol de comorbidade ou fraqueza citada. E relatou episódio de engasgo/disfagia.

Diagnóstico de Enfermagem 1

1. Relata dificuldade de se lembrar de datas

D5C4 - Memória prejudicada relacionada a distúrbio neurológico caracterizado por incapacidade de recordar eventos.

2. Portadora de DM e HAS

D1C2 - Autocontrole ineficaz da saúde relacionado a déficit de apoio social/padrão familiar caracterizado por falha em agir para reduzir fatores de risco.

3. Não recordou nomes dos medicamentos

D5C4 Conhecimento deficiente relacionado a falta de capacidade de recordar caracterizado pelo seguimento inadequado de instrução.

4. Não se lembra do seu cartão vacinal, mas relatou última campanha

D5C4 Memória prejudicada relacionada a distúrbio neurológico caracterizado pela incapacidade de recordar eventos.

5. Não realiza atividade física

D1C1 Estilo de vida sedentário relacionado a falta de motivação caracterizado por rotina diária sem exercício físico.

6. Diurese coloração escura de odor fétido e espumosa, sendo mais frequente a noite

D3C1 Eliminação urinária prejudicada relacionado a múltiplas causas caracterizado por noctúria.

7. Demonstrou se sentir excluída

D6C1 Desesperança relacionada isolamento social caracterizado por afeto diminuído.

8. Ajuda nos afazeres domésticos

D7C2 Disposição para processos familiares melhorados caracterizado as tarefas da família são cumpridas.

9. Fica muito sozinha

D6C1 Risco de solidão fator de risco privação afetiva.

10. Perna direita já sofreu queda na rua

D4C2 Deambulação prejudicada relacionada a equilíbrio prejudicado caracterizado pela capacidade prejudicada de andar sobre superfície irregular.

11. Descontrole de comorbidade

D4C5 Autonegligência prejudicada relacionada a manutenção do controle caracterizado pela falta de adesão a atividades de saúde.

12. Engasgo/ disfagia

D2C1 Deglutição prejudicada relacionado a problemas neurológicos (doença do refluxo gastroesofágico - DRGE) caracterizado pela evidência de dificuldade de deglutir.

Intervenções de Enfermagem 1

1. Orientar higiene oral com creme dental três vezes ao dia;
2. Orientar banho de aspersão duas vezes ao dia;
3. Orientar secar bem entre os dedos dos pés;
4. Orientar uso de roupas leves;
5. Orientar uso de calçados adequados que não cause calosidade;
6. Introduzir atividades prazerosas na rotina;
7. Incentivar a família/amigos a participarem da rotina;
8. Manter uma caderneta de anotação, contendo dados pessoais/ medicações/ vacinação e outros;
9. Incentivar atividade física;
10. Orientar sobre adesão medicamentosa;
11. Orientar sobre a importância da adesão da dieta nutricional;
12. Manter foco de luz no trajeto do banheiro a noite;
13. Realizar elogios nas atividades realizadas;
14. Avaliar equilíbrio/ edema em membros inferiores;
15. Criar rotina para anotação e aferição da pressão arterial e glicemia;
16. Orientar diminuir a porção da dieta e espaço entre elas.

Histórico de Enfermagem 2

L.F.N., 20 anos, sexo feminino, branca, solteira. Relata ser católica, brasileira. Não conhece nada sobre seu estado de saúde, porque é sua mãe que resolve. Segundo informações coletadas no

IMEPP, possui algum grau de retardo mental. Relata não ter problema de saúde. Possui déficit ou dificuldade no autocuidado. Não fuma, bebe ou usa drogas. Relata ter sono tranquilo, não acorda durante a noite e dorme às 19h. Apresenta apetite preservado, come diariamente: arroz, feijão, verdura e carne. Gosta de todos os alimentos.

Nunca fez cirurgia, não teve acidentes e não fez hemotransusão.

Evacua todos os dias sem esforço; elimina urina normalmente. Ambos, sem alteração.

Moradia tranquila, saneamento básico presente.

Relata ter tomado a vacina da febre amarela, mas não lembra de ter tomado outras

Vida social e familiar preservadas

Já foi ao ginecologista

Não possui renda, 6 pessoas morando na mesma casa

Percepções da entrevistadora: Usuária se apresenta confusa as perguntas feitas, não sabendo responder a maioria, não conseguindo na maior parte do tempo responder a nenhuma pergunta com clareza.

Diagnósticos de Enfermagem 2

- 1) Não conhece nada sobre seu estado de saúde

Domínio - 1 classe - 2

Manutenção ineficaz da saúde relacionada à alteração na função cognitiva caracterizado por conhecimentos insuficientes relativos a práticas básicas de saúde

- 2) Autocuidado

Domínio – 4 classe – 5

Autonegligência relacionada à alteração na função cognitiva caracterizado por higiene pessoal insuficiente

Intervenções de Enfermagem 2

1. Orientar higiene oral com creme dental três vezes ao dia;
2. Orientar banho de aspersão duas vezes ao dia;
3. Orientar secar bem entre os dedos dos pés;
4. Orientar uso de roupas leves;

5. Manter uma caderneta de anotação, contendo dados pessoais/ medicações/ vacinação e outros;
6. Incentivar atividade física;

Histórico de Enfermagem 3

C., 20 anos, sexo feminino, negra, solteira. Não possui religião. Possui conhecimento sobre seu estado de saúde, mas em alguns momentos não consegue passar a informação de forma clara e concisa; relata ter tem crises desde criança; Medicação em uso: Gadernal. Diagnóstico médico: microcefalia. Refere sono preservado, não acorda durante a noite. Dorme 22:30, acorda as 08:00 Realiza exercícios físicos frequentemente. Tem apetite, come diariamente: arroz, feijão, verduras, carne. Não come legumes. Faz três refeições ao dia: desjejum, almoço e janta. Nega tabagismo e etilismo. Atividades físicas frequentes, joga futebol quando está no IMEPP. Evacua um dia sim e um dia não; elimina urina normalmente. Autocuidado: Higiene corporal e pessoal preservada; dificuldade para lavar a cabeça, tendo ajuda da mãe.

A casa é servida pela rede de abastecimento de água e esgoto. Tem eletricidade. Possui uma relação familiar boa e social também.

Não lembra de ter tomado nenhuma vacina. Nega acidentes, cirurgias e hemotransfusão.

Ambiente (moradia): Normal, tranquilo, higiene normal. Não possui renda, quatro pessoas moram na casa. Vida social boa, relatar não tomar decisões sozinha, tendo o auxílio de sua mãe.

Sexualidade: Nunca foi ao ginecologista. Usuária possui conhecimento, pessoal sobre seu estado de saúde, mas em alguns momentos não consegue passar a informação de uma forma clara.

Diagnósticos de Enfermagem 3

- Em alguns momentos não consegue passar a informação de forma clara

Domínio – 5 classe – 5

Comunicação verbal prejudicada relacionada à dificuldade para manter a comunicação relacionada a prejuízos no sistema nervoso central

- Dificuldade para lavar a cabeça

Domínio – 4 classe – 5

Déficit no autocuidado para banho relacionado à alteração na função cognitiva caracterizado por capacidade prejudicada de lavar o corpo

Intervenções de Enfermagem 3

1. Orientar higiene oral com creme dental três vezes ao dia;
2. Orientar banho de aspersão duas vezes ao dia;
3. Orientar secar bem entre os dedos dos pés;
4. Orientar uso de roupas leves;
5. Manter uma caderneta de anotação, contendo dados pessoais/ medicações/ vacinação e outros;
6. Incentivar atividade física;

Tal oficina foi de grande valia para a identificação de demandas e problemas mais frequentes compartilhados pelos usuários, cabe aqui destacar que a maioria foi capaz de responder ao que era perguntado e sentiam confortáveis e “importantes” ao serem entrevistados, em parte por ter alguém interessado sobre questões pessoais e que o momento era para que eles externassem sobre sua vida.

Cabe mencionar que tal abertura dos usuários com a enfermeira foi favorecido pelo vínculo interpessoal firmado entre os mesmos, e a capacidade de realizar um processo meramente investigativo e questionador como um processo de acolhimento e considerável interação sem julgamentos, de forma a identificar os potenciais sentimentos de impotência e falta de controle de autonomia na vida cotidiana.

Tal processo foi relevante para subsidiar a realização da Oficina de Salão de Beleza, uma vez que foi identificado autocuidado prejudicado na maioria dos entrevistados e que com tal oficina poderia transpor tal lacuna de cuidado, de forma a incentivar e fomentar ações de autocuidado com a valorização da autoestima e autocuidado.

5.4) OFICINA DE SALÃO DE BELEZA

Assim como as demais oficinas, a oficina de Salão de Beleza veio ao encontro dos problemas identificados em relação às ações de autocuidado e higiene identificados no processo de enfermagem realizado anteriormente, principalmente em relação às unhas e cabelo.

De forma a transpor tal problema, como sugestão da enfermeira responsável pelo presente projeto de intervenção, foi criada a “oficina de salão de beleza”, no qual as usuárias e usuários,

tinha oportunidade de cuidar das unhas, cabelo e as mulheres, ainda poderiam realizar maquiagens e penteados sob a supervisão da equipe da instituição.

Para além da finalidade meramente estética da oficina, a principal finalidade da mesma era incentivar ações de autocuidado e autoestima, ambos prejudicados nesses usuários, e além disso a valorização dessas pessoas, que na maioria das vezes são alvo de preconceito pela sociedade. Sendo assim, durante os processos de maquiagem, limpeza e esmaltação das unhas e realização de escovação e penteados, por ser um momento propício de conversa entre os profissionais e os usuários, era acolhida e inserida informações de autocuidado e de saúde no geral, como alimentação saudável, a importância de higienização corporal, dos cabelos, das roupas e tantas outras de acordo com o que os usuários externavam.

6) CONSIDERAÇÕES FINAIS

As intervenções apresentadas e implementadas com as pessoas com deficiência cognitivas e seus respectivos responsáveis, de modo geral, atingiram seus objetivos anteriormente previstos de forma satisfatória.

As ações de promoção e de educação de saúde foram realizadas de forma a atender as demandas e a suprir e acolher os usuários de forma individualizada, uma vez que tais pessoas apresentam demandas particulares e tantas outras como qualquer outra pessoa que não apresente deficiência cognitiva, sendo o papel do enfermeiro, intervir de forma a respeitar sua autonomia e prezar por sua inserção social como cidadão de direitos e deveres.

Por se tratar de um contexto complexo e multifatorial, o processo de enfermagem foi de grande valia para identificar os problemas que podem ser transpostos por intervenções de enfermagem, de forma a contribuir com os usuários e a instituição de uma forma geral. Julgo que as intervenções de enfermagem e as ações de empoderamento e autocuidado tiveram um impacto positivo para ambas as partes.

REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. B. L. **Anamnese e Exame Físico: Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto**. Artmed Editora, 2015.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 20 set. 1990; Seção 1.

BULECHEK, G. M. et al. **NIC - Classificações das Intervenções de Enfermagem**. Tradução da 6ª edição. Elsevier, 2016.

COFEN (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM) **Resolução 358/2009**. Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem: 5 p. 2009.

_____. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem, 1986.

DE MOURA, G. N., DO NASCIMENTO, J. C., DE LIMA, M. A., FROTA, N. M., CRISTINO, V. M., & CAETANO, J. A. Atividade de vida de pessoas com deficiência segundo modelo de enfermagem de Roper-Logan-Tierney. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 3, 317-326, 2015.

FREITAG, P. L. M.; RODRIGUES MAIA, E. Competência para prestar cuidado de enfermagem transcultural à pessoa com deficiência: instrumento de auto avaliação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 5, 2012.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; **NANDA International, Inc. nursing diagnoses: definitions & classification 2015-2017**. 2014. ISBN 1118914937 9781118914939.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). [Internet]. Censo 2000. [acesso em 12 fev 2019]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

_____. **Panorama nacional e internacional da produção de indicadores sociais: grupos populacionais específicos e uso do tempo**. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2018. 352p.

JOHNSON, M. et al. **Ligações NANDA - NOC - NIC: condições clínicas - suporte ao raciocínio e a assistência de qualidade**. Tradução da 3ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. ISBN 8535265236.

MARCHETI, B. M. A.; FERREIRA, G. B. M. M.; MANDETTA, P. M. A. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2012.

MIRANDA, A. L. P. L. et al. O cuidado de enfermagem à pessoa com Síndrome de Down na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2015.

MOORHEAD, M. et al. **NOC Classificação dos resultados de enfermagem**. Elsevier Brasil, 2015. ISBN 8535282572

MOREIRA, N. S. O cuidar do portador de autismo e seus familiares: uma abordagem mutiprofissional. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 2, p. 271-274, 2010.

REBOUÇAS, C. B. A. et al. Pessoa com deficiência física e sensorial: percepção de alunos da graduação em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 1, 2011.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem Los procesos de trabajo en Enfermería Work processes in Nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 2, p. 221-224, 2007.

SZYLIT, R. B; POLES, K; CRUZ, D. M. L. M. Conceitos e teorias na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 1, 2014.

TOSSIN, B. R. et al. As práticas educativas e o autocuidado: evidências na produção científica da enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, 2016.

WHO. World Health Organization. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. Lisboa: World Health Organization; 2004.

_____. Relatório mundial sobre a deficiência. **São Paulo: SEDPcD**, v. 504, p. 505, 2012.

_____. World Health Organization. **WHO global disability action plan 2014-2021**. Better health for all people with disability. Geneva. 2015.