

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
CURSO DE ENFERMAGEM**

Marcos Antonio Portela

**“A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DO
PACIENTE COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA”**

**ASSIS
2009**

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
CURSO DE ENFERMAGEM**

Marcos Antonio Portela

**“A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DO
PACIENTE COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA”**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, apresentado a Fundação Educacional do Município de Assis, como exigência para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a . Dra. Elizete Mello da Silva

**ASSIS
2009**

PORTELA, Marcos Antonio

Título: “A importância do Enfermeiro no cuidado do paciente com deficiência auditiva”

PORTELA, Marcos Antonio
Assis, 2009.

44f.: il; 30 cm

Orientadora: Professora Doutora Elizete Mello da Silva
Trabalho Monográfico (Curso de Enfermagem) –
Fundação Educacional do Município de Assis, 2009.

1. Surdez e o paciente com deficiência auditiva.
2. O processo de comunicação em Enfermagem.
3. Aspectos da comunicação do enfermeiro e o deficiente auditivo

CDD:

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
CURSO DE ENFERMAGEM**

Marcos Antonio Portela

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, apresentado a Fundação Educacional do Município de Assis, como exigência para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Profa. Dra. Elizete Mello da Silva.

BANCA EXAMINADORA

Prof.

Fundação Educacional do Município de Assis

Prof.

Fundação Educacional do Município de Assis

Prof.

Fundação Educacional do Município de Assis

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
CURSO DE ENFERMAGEM**

Marcos Antonio Portela

**“A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DO
PACIENTE COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA”**

Com base no disposto da lei Federal n. 9160, de 19/02/1998, AUTORIZO a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, sem ressarcimento dos direitos autorais, a disponibilizar na rede mundial de computadores e permitir a reprodução por meio eletrônico ou impresso do texto integral e/ou parcial da OBRA acima citada, para fins de leitura e divulgação da produção científica gerada pela Instituição.

Assis-SP, ____/____/____

Marcos Antonio Portela

Declaro que o presente Trabalho de Conclusão de Curso, foi submetido a todas as Normas Regimentais da Fundação Educacional do Município de Assis e, nesta data AUTORIZO o depósito da versão final desta monografia bem como o lançamento da nota atribuída pela Banca Examinadora.

Assis-SP, ____/____/____

Profa. Dra. Elizete Mello da Silva
Orientadora

AGRADECIMENTOS

Ao Deus todo poderoso, por nos conceber mais está vitória.

A minha orientadora Elizete Mello (Dedé) pela determinação, dedicação, carinho e atenção.

À minha família, pela compreensão e apoio.

Aos colegas do 4º ano de Enfermagem pelo carinho.

Marcos Antonio Portela

SUMÁRIO

RESUMO-----	08
ABSTRACT-----	09
INTRODUÇÃO -----	10

CAPITULO 1

▪ **SURDEZ E O PACIENTE COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA**

1.1 Sobre a surdez -----	12
1.2 Pacientes com insuficiência auditiva -----	15
1.3 Código de Libras -----	17

CAPITULO 2

▪ **O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM**

2.1 Comunicação em enfermagem -----	20
2.2 Linguagem não verbal -----	22
2.3 A comunicação e o cuidado humanizado -----	27

CAPITULO 3

▪ **ASPECTOS DA COMUNICAÇÃO DO ENFERMEIRO E O DEFICIENTE AUDITIVO**

3.1 O uso da linguagem de sinais (LS) na comunicação entre os atuantes da equipe de enfermagem ou da área da saúde -----	29
3.2 A falta de autonomia dos pacientes com deficiência auditiva -----	31
3.3 As ações voltadas ao paciente com deficiência auditiva -----	33

CONCLUSÃO-----	35
REFERÊNCIA-----	36
ANEXOS -----	38

RESUMO

O trabalho de pesquisa visa abordar a relação do cuidado entre clientes com deficiência auditiva que utilizam a comunicação não verbal e os profissionais da saúde. A qualificação mais humanizada do profissional da saúde, em especial dos enfermeiros, e o conhecimento sobre código de Libras, são formas de vencer as dificuldades do cuidador na relação estabelecida com o deficiente auditivo.

Palavras-chaves: deficiência auditiva, Enfermagem, humanização, código de Libras

ABSTRACT

The research work seeks to approach the relationship of the care among customers with hearing deficiency that you/they use the communication no verbal and the professionals of the health. The professional's of the health humanized qualification, especially of the nurses, and the knowledge on code of Pounds, they are forms of winning the caretaker's difficulties in the established relationship with the deficient hearing.

Word-key: hearing deficiency, Nursing, humanização, code of Pounds

Introdução:

A presente pesquisa tem como proposta analisar a relação estabelecida no processo de comunicação entre enfermeiro e paciente com deficiência auditiva nas diferentes práticas do cuidar. Sob o ponto de vista da Enfermagem, as necessidades especiais dos portadores de deficiência auditiva fazem despertar um cuidado diferenciado no atendimento e tratamentos dos mesmos.

Na rede pública de Saúde devemos nos preocupar com a destreza e a qualificação técnica dos funcionários que irão atendê-los. O simples fato de não saber interpretar os seus sinais irá desqualificar o procedimento e o tratamento pretendido. Neste sentido, se faz necessária a utilização da comunicação não verbal, gestual e mímica. Justamente para aperfeiçoar o processo comunicativo entre o cuidador e aquele que precisa do cuidado.

A qualificação mais humanizada do profissional da Saúde, em especial do enfermeiro, quanto ao conhecimento sobre o código de LIBRAS, é certamente uma das formas de vencer as dificuldades que o cuidador comumente enfrenta com o deficiente auditivo.

Neste âmbito, também são pertinentes as discussões das ações políticas e governamentais na área da Saúde voltadas aos cuidados destes paciente/clientes.

E neste viés poderemos perceber o enfermeiro proporcionando uma maior autonomia no cuidado dos pacientes com deficiência auditiva e a importância do uso da linguagem de sinais na comunicação entre os atuantes da área da saúde.

Diante de tais perspectivas de análise, percorremos na presente pesquisa uma série de referências teóricas e temáticas abordando a literatura especializada e os artigos publicados na área da Saúde. Tratando-se, assim, de uma pesquisa bibliográfica.

O trabalho foi estruturado em três capítulos. No primeiro conceituamos o que é surdez e analisamos os perfis de pacientes com deficiência auditiva, bem como a linguagem do código de libras. Já na segunda parte falamos sobre o processo de comunicação em Enfermagem e o uso da linguagem verbal e não verbal articulada no cuidado humanizado. No terceiro capítulo tratamos da falta de autonomia do paciente com deficiência auditiva e a importância do uso da linguagem de sinais entre enfermeiros e os atuantes na área da saúde.

Capitulo 1- Surdez e o paciente com deficiência auditiva

1.1 - Sobre a Surdez

Antes de abordarmos as questões pertinentes sobre o paciente, portador de necessidades especiais, precisamos entender o que é ser um deficiente auditivo.

Como conceitua o dicionário Aurélio (2002) surdo é aquele não ouve nada, ou aquele que ouve pouco. Quando uma pessoa é portadora de tal deficiência seja suas necessidades se tornam limitadas seja congênita ou adquirida. No caso de surdez congênita a pessoa já nasce com esse tipo de deficiência, e a adquirida tem como origem uma doença, um trauma, ou uma fatalidade. Geralmente a surdez, é tratada como um defeito, que não se pode ver, e por isso mesmo, só tomamos conta quando percebemos que há algo errado e daí então passamos a perceber a importância da audição na vida do ser humano.

A orelha ou órgão de audição como nos informa Gray (2005, p.875) sendo dividido em: orelha externa, orelha média ou cavidade timpânica e orelha interna ou labirinto. Sendo a orelha externa constituída por uma porção expandida ou pavilhão e pelo meato acústico externo que tem como função captar as vibrações do ar e conduzi-los para a cavidade timpânica, sendo um pavilhão ovóide com extremidade voltada para cima onde sua estrutura é composta por lamina de cartilagem elástica a sua pele é fina e aderente a cartilagem com vários pelos delicados e seus dois ligamentos; anterior e posterior que prendem a orelha ao lado da cabeça, onde a orelha externa composta pelo meato acústico externo e sendo separada do ouvido médio pela

membrana timpânica e se encontram três ossículos moveis: martelo, bigorna, estribo e o ouvido interno sendo dividido por dois labirintos, um ósseo e outro membranoso, entre esses dois labirintos existe um liquido, a perlinfa. As vibrações são produzidas por estímulos sonoros que são conduzidos pelo ouvido médio até a perlinfa onde as vibrações vão ser conduzidas à endolinfa que é um liquido composto no ouvido interno que vai envolver o órgão de Corti, sendo neste órgão encontrados os receptores auditivos que tem como função de captar os estímulos sonoros e transmiti-los para o córtex auditivo e o sistema nervoso central vai decodificá-los.

Existem dois tipos de surdez, sendo as mais comuns a surdez por condução, que é considerada a menos grave e afeta o ouvido externo. Como consequência as ondas sonoras não são bem conduzidas para o pavilhão do ouvido interno. Suas principais causas são: o excesso de cerume no ouvido, infecções agudas, perfuração timpânica que ocorre devido a infecções crônicas no ouvido.

E a surdez do nervo auditivo que vai ocorrer na cóclea que é parte anterior do labirinto, ou ouvido interno que lembra um formato de caracol. É um órgão interno da nossa audição e a mesma não consegue transformar a energia mecânica da vibração que um som é capaz de produzir e a mesma tem como função de transformar em energia elétrica para ser transmitida ao cérebro que por sua vez irá fazer a interpretação desse som.

Esse tipo de surdez é hereditário, sendo as pessoas do sexo feminino mais afetadas do que as do sexo masculino, aparecendo na faixa etária dos 20 aos 30 anos de vida é progressiva podendo chegar à surdez total. Os fatores predisponentes estão relacionados à exposição ao ruído de alta intensidade ou volumes de som altos.

A presbiacusia, é a surdez causada pela idade avançada, por viroses como caxumba, meningite e rubéola, uso de drogas e medicamentos, traumas na região do pavilhão auditivo, doenças cardiocirculatórias, defeitos congênitos, alguns tipos de alergias, tumores e diabetes mellitus.

Os tipos de surdez em graus se classificam em surdez leve, moderada, acentuada, severa e profunda. Considerando uma freqüência menor que 20 (dB) decibéis¹, podemos dizer que será um ouvinte normal, sem conseqüências sociais para o paciente, ocorrendo apenas algumas perturbações ovais.

De 25 a 40 decibéis - surdez leve ocorrem dificuldades de se ouvir vozes graves ou a certa distância e a maioria dos sons da sua rotina diária se consegue captar e entender os sons.

De 41 a 55 decibéis - surdez moderada com escala de grau 1 que vai de uma freqüência de 41-55 dB o cliente consegue interpretar melhor se o interlocutor estiver à vista. E o mesmo consegue captar alguns sons da sua rotina diária.

De 56 a 70 decibéis - surdez acentuada que é considerada de grau 2

De 71 a 90 decibéis - surdez severa onde uma freqüência de 71-80 dB é considerada de grau 1 e com uma freqüência de 81-90 dB vai ser de grau 2, onde é possível se ouvir se o interlocutor estiver próximo ao ouvido do cliente e apenas sons altos são captados.

Na surdez profunda sendo percebidos ou captados apenas os sons bem altos ou acima de 91 decibéis.

¹ Intensidade ou volume dos sons que é medida em unidades

1.2 - Pacientes com insuficiência auditiva

Em casos de surdez leve as pessoas com esse tipo de perda auditiva se dão conta que ouvem menos, e que se pode se tornar distorcidos e com uma conversação com palavras de difícil entendimento.

Devem-se analisar quais as causas foram ocasionando a perda auditiva. Se for ocasionado por um acúmulo de cerume no canal do ouvido, este pode ser resolvido apenas com um procedimento medico até mesmo no consultório para realização de lavagem, ou seja, procedimento que o profissional habilitado realizara para fazer a retirada do conteúdo de cera da região do ouvido.

Já em casos de perfurações timpânicas e lesões nos ossículos martelo, bigorna e estribo o procedimento vai ser cirúrgico.

Em casos de otite secretora onde ocorre um acúmulo de secreção atrás da região timpânica com um período de mais de noventa dias sem ocorrer uma melhora na audição, para os casos de tumores, o tratamento vai ser definido pelo profissional capacitado que poderá indicar o procedimento que poderá ser cirúrgico, radioterápico ou radiocirúrgico.

Para pacientes com casos de surdez severa e profunda vai ser indicado o uso de implante coclear, que são sistemas eletrônicos que vão ter a função de transmissão de estímulos elétricos ao cérebro através do nervo auditivo, onde esses estímulos elétricos vão ser interpretados pelo cérebro como sons. É um procedimento cirúrgico e tem como função o restabelecimento do canal auditivo.

Em muitos pacientes se tem indicação de aparelhos auditivos, para amplificação dos sons, que também vai depender do grau de surdez que o paciente vai apresentar.

Principalmente quando há um grupo de pessoas conversando ao mesmo tempo, sendo necessário o aumento do tipo de som para que as palavras fiquem de forma de fácil entendimento ou até mesmo ouvir o sinal de um aparelho telefônico ou até mesmo uma buzina de um automóvel.

É simples a percepção para leigos com relação a este tipo de assunto. É fácil notar quando uma criança não ouve, pois esta não se assusta com os barulhos existentes como o som de uma buzina, ou até mesmo o ato de falar com um tom mais elevado. E quando mais tarde realizado seu diagnóstico, a criança vai apresentando dificuldades de aprendizagem, dificuldades de relacionamento e passam a serem excluídas. Por isso quanto mais cedo esse diagnóstico for realizado maior será a chance de esta criança vir a ter uma vida social menos atribulada, o que vai depender do tipo de deficiência, suas causas e um melhor atendimento para este portador de tal deficiência e o designo de um tratamento para que a mesma tenha uma vida o mais normal possível.

A audição é o órgão responsável para que possamos ouvir e nosso cérebro saber interpretar o que estamos ouvindo, seja um som agradável ou algo que nos desagrade. Então imagine o que é não poder ouvir absolutamente nada, um mundo onde se imagina através de percepções. De vibrações que nos possam dizer algo e tentarmos traduzir como isto funciona.

Em termos médicos, a surdez é categorizada em níveis do ligeiro ao profundo. É também classificada de deficiência auditiva, ou hipoacusia. A perda auditiva leve não tem efeito significativo no desenvolvimento desde que não progreda, geralmente não é necessário uso de aparelho auditivo. Perda auditiva moderada pode interferir no desenvolvimento da fala e linguagem, mas não chega a impedir que o indivíduo fale. Perda auditiva severa interfere no desenvolvimento da fala e linguagem, mas com o uso de aparelho auditivo poderá receber informações utilizando a audição para o desenvolvimento da fala e linguagem. Perda auditiva profunda: Sem intervenção a fala e a linguagem dificilmente irão ocorrer.

1.3 - Código de Libras

A língua brasileira de sinais (LIBRAS) é a linguagem usada pelos surdos, não se tem conhecimento sobre seu início, mas algumas literaturas dizem ser de origem Francesa, foi reconhecida como meio de linguagem pelos surdos, através de Lei Federal nº 10.436/02 e regulamenta através de decreto nº 5.626 de 22 de Dezembro de 2005 (anexo 1).

A partir deste decreto a comunidade passou a usar a linguagem de sinais como língua natural. Sendo usada como meio de inclusão social, e necessita de recursos de expressão gestual como mímica e gestos e como em toda linguagem se faz necessário o conhecimento do seu domínio para aprendizado e ensino na capacitação e expressão dos pacientes surdos.

A Língua de Sinais (LS) é uma linguagem natural da comunidade surda, possui sua própria estrutura gramatical, não são só mímicas mais sim gestos soltos, ou seja, muito se usa a expressão facial, gestos qual os mesmos são utilizados pelos surdos para facilitar sua comunicação e uma melhor interpretação, e atribui se de língua pelos níveis lingüísticos, fonológico, morfológico, sintático, e o semântico.

Denominamos sinais palavras orais auditivas quais podem ser compreendidas, o que diferencia a linguagem de sinais é a sua modalidade visual espacial, onde uma pessoa que quer entrar em contato com a linguagem de sinais, vai estar aprendendo um nova língua, onde poderá discutir qualquer tema ou assunto e até mesmo escrever uma historia ou um fato quem sabe, e assim vai conseguir ou tentar entender como funciona o mundo dessas pessoas.

Cada país possui a sua própria linguagem de sinais (LS) e adaptada conforme a sua cultura, seus costumes e seus hábitos, e tem expressões que diferem de cada região, e designa ali a língua utilizada. Os sinais dessa

linguagem irão ser formados pela combinação dos gestos e movimentos das mãos do ponto do corpo ou onde esses sinais são feitos, que designarão o sentido do sinal, a configuração das mãos que é objeto principal desta linguagem será a datilologia (que indica uma relação com os dedos), onde a mão dominante será usada, ou então o uso das duas mãos para conversação e atenção para cada parte do corpo.

O mesmo sinal pode ter varias formas de interpretação isso vai depender de que ponto de articulação esse sinal é feito ou onde o mesmo toca a parte do corpo. Os sinais podem ter movimento ou não, isso também vai designar o sentido do sinal e a forma que ele vai representar para a identificação da palavra.

As expressões faciais ou mímicas, e as expressões corporais vão ser primordiais, pois é a mesma que vai identificar a entonação real do sinal da linguagem de sinais (LS). Os sinais também servem como parâmetros com o sentido de ir e vir ou com sentido de orientação e direção.

A grafia da Linguagem de Sinais (LS) que são os sinais usados em Libras vai ser representada na língua portuguesa em letra maiúscula como: OBJETO, NOMES. Já a datilologia ou alfabeto manual vão ser usados para expressar o nome das pessoas, lugares e certas palavras que não possuem sinais, vai ser representada nas palavras separadas por hífen, como por exemplo, M-A-R-C-O-S. Quanto à concordância verbal irão ser apresentados no infinitivo e suas concordâncias e também suas conjugações vão ser feitas através de espaço, já as frases vão ter que obedecer as estruturas de LIBRAS e não a da Língua Portuguesa e os pronomes pessoais vão serem representados por um sistema de apontação, que é muito usado nesse tipo de gramática, onde culturalmente é muito bem aceito.

Para entender e também o saber da conversação em LIBRAS, tem que se conhecer os sinais da dessa linguagem de uma forma bem expansiva, deve se conhecer também como funciona sua estrutura gramatical e a sua combinação com as frases.

O alfabeto de LIBRAS foi desenvolvido e adaptado um alfabeto para cada país, como forma de linguagem da mesma.

2. O processo de comunicação em Enfermagem

2.1 - Comunicação em Enfermagem

Atualmente muito se tem discutido sobre tal assunto e de que melhor forma de podemos por em pratica tal aprendizado sendo a comunicação um fator diário, seja para o nosso trabalho, nosso lazer e nas coisas mais simples que executaremos no dia a dia.

A comunicação em Enfermagem segundo, Silva (2006, p.13) “está relacionada à tarefa do profissional de saúde é decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia, para então estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente com suas necessidades”.

Entre as formas de comunicação temos a comunicação verbal, a comunicação não verbal, a oral e a comunicação escrita onde é utilizada uma linguagem verbal, sendo nesse tipo de escrita a palavra, pois quando se usa tal ferramenta para falarmos com alguém ou quando estamos lendo algo ou quando escrevemos algo esse tipo de comunicação. É a mais usada em nosso cotidiano para podermos expor nossas idéias. Através de nossos pensamentos que por desse meio de comunicação vai sempre, ser muito importante, desde que aprendemos a conhecer e a formar palavras, e começamos a entender seus significados e começamos a dar a importância devida para esse tipo de comunicação entre nós os seres humanos.

Para a equipe de Enfermagem, a escrita é um dos meios de comunicação mais usados pela equipe, pois através dela iremos anotar no prontuário do pacientes todas as intercorrências, medicações, cuidados prestados e de que forma estão ocorrendo às evoluções do paciente, tudo no que diz respeito ao cuidado realizado com o mesmo. E o que usamos para

realizar tais tarefas, sem dúvida são as anotações, tendo que ser de forma clara, diretas sem rasuras, ticadas e checadas sempre que um procedimento for realizado. E através da escrita que conseguimos realizar tais tarefas, por isso, é preciso estarmos atentos as anotações, pois, seguindo as mesmas vamos dar continuidade ao tratamento do nosso cliente.

A equipe de Enfermagem tem que ter consciência dessa importância, e o responsável por essa equipe deve sempre contar com a colaboração de seus funcionários, para um bom andamento da unidade e de sua equipe. E como nossa preocupação refere á pacientes com certo tipo de deficiência, o Enfermeiro precisa elaborar metas e planejamento para trabalhar com esse tipo de paciente.

Elaborando cuidados através da linguagem escrita, e uma linguagem não verbal para pacientes que não conseguem entender a escrita deve-se elaborar meios de comunicação para que a equipe de enfermagem possa entender as necessidades de seus pacientes através de fotos, desenhos onde possam nos trazer informações sobre o paciente cuja comunicação não seja prejudicada.

2.2 - Linguagem Não Verbal

Para usar a linguagem não verbal, podemos usar uma forma simples de comunicação as figuras, onde através de um desenho conseguimos identificar o que ela nos representa e podemos entender e compreender a mensagem que nos é passada.

Esse tipo de linguagem é muito usado em escolas, onde os primeiros ensinamentos que são passados as crianças para uma melhor fixação. Na ausência da palavra vamos ter uma linguagem não-verbal usando códigos para identificar o que esta sendo passado que também podem ser usados os gestos, a dança, a mímica e também as cores como o semáforo onde preconizam se três cores: verde significa vá, amarelo significa atenção e o vermelho significa pare.

A comunicação nas suas várias formas é a troca de informações onde o emissor envia a mensagem e o receptor a capta. O mesmo acontece quando conversamos com alguém, ou estamos lendo uma revista ou um bom livro. A palavra é o nosso código, ou seja, a linguagem verbal está sendo usada, e desta forma estamos usando a linguagem do nosso cotidiano seja ela de forma escrita ou falada.

E quando estamos nos comunicando por sinais ou por outra forma seja ela por gestos, mímica e dança, ou através de nosso corpo através da simbologia da linguagem não-verbal, também estamos nos comunicando, pois conseguimos entender e interpretar o que estes símbolos ou códigos estão nos dizendo, seja ela qual forma da mensagem que nos foi passada.

Para as pessoas com deficiência auditiva devem ser alfabetizadas em escolas tanto estaduais ou municipais para auxílio do papel de inclusão social, pois a forma de aprendizagem de uma criança que possui tal deficiência, como

podemos explicar que ela sempre vai ser diferente das outras no sentido de educação, nas brincadeiras e nos modos de socialização.

Na tarefa de educação de seus filhos cabe aos pais tal escolha, e existem escolas especializadas para crianças com necessidades especiais, além de profissionais treinados para tal papel de educador, além do uso de aparelhos de surdez e outras formas de linguagem. E o educador deve ter em mente que essas crianças precisam estudar mais do que seus amigos de classe, por isso muitas vezes ele deve estar preparado para o estresse devido às mesmas estarem mais sujeitas a um comportamento diferenciado devido à sobrecarga por questão de atividades e suas dificuldades sensoriais e emocionais.

Para o uso de uma linguagem não-verbal o educador ou o profissional da saúde, deve usar meios como uma melhor comunicação de seus alunos como os pacientes. Podendo usar de métodos que podem ser:

A linguagem corporal muito usada para esse tipo de comunicação. Além de outros suportes como gestos, mímicas, desenhos pinturas que vai auxiliar no dia a dia do portador com deficiência auditiva que vai servir de mensagem para a comunicação e todo o processo de interação com o aluno ou o nosso paciente vai ser muito prestativo, um simples fato de comunicação não-verbal que podemos citar são as expressões que irão ser muito usadas para comunicar-se, pois um sorriso pode indicar felicidade, compreensão ou através até mesmo do silêncio pode significar um tipo de comunicação no sentido de reflexão ou sentimento.

Desde os primórdios dos tempos o homem sente a necessidade da comunicação, pois faz parte da sua sobrevivência, descobriu se a necessidade, pois um grupo de indivíduos pertencente à mesma espécie, e também na melhora da qualidade e equilíbrio de sua própria espécie.

A comunicação não verbal desempenha várias funções que ajudam o ser humano a comunicar. O principal meio de expressão e comunicação também

na apresentação do Eu e do seu corpo, pois, dá uma imagem de si mesmo ao mundo que o envolve (PAES, 2006).

Os tipos de comunicação não verbal podem ser: Cinésica, Proxémica e Paralinguagem.

A cinésica vai servir de integração dos movimentos corporais. E que através dos movimentos e expressões corporais vai auxiliar no segmento do contexto para análise e pensamento ou reflexões. Podendo ser contato visual, as expressões faciais e corporais através de gestos e os movimentos do corpo e que através desses movimentos podemos identificar informações sobre nosso paciente/cliente como o balançar da cabeça como forma de entendimento ou lateralização do rosto como forma de resposta de um não.

E podemos destacar o contato visual como uma melhor forma de comunicação, olhando fixo em seu paciente para poder enviar mensagens para um melhor relacionamento entre enfermeiro e o cliente.

Ao se manter um contato visual devemos nos policiar a certos tipos de olhares que possam indicar comportamentos pré concebidos ao olhar do cliente. Fixar olho no olho e cuidados para o nosso cliente não interpretar como malícia ou algo do gênero.

Os gestos podemos também indicar uma forma de comunicação de comportamento não verbal muito usado por nosso cliente, para grande expressividade podendo ser simbólicos, com emblemas, ilustrações, gestos que podem indicar estados de espírito. Onde através desses sinais de linguagem não-verbal podemos interpretar o significado dos gestos emitidos por nosso cliente e podemos usar também os sinais ilustrativos como escala de dor, por exemplo, fornecendo ao seu paciente uma folha com 10 caretas e com números de 0 a 10 e pergunta através de gestos para que ele indique em que grau de dor está naquele momento. E com relação aos gestos indicadores conseguimos reconhecer ansiedades, suas tensões, seus medos e suas frustrações, e quanto aos gestos que nos vão indicar emoções podem ser atribuídos para aqueles que são capazes de transmitir ansiedade, medo e tensões e que

podem modificar comportamentos que podem estar relacionados com o procedimento, sua internação e o seu tratamento.

Para se manter o fluxo de conversação podemos exibir gestos que podem ser reguladores, ou seja, através de um gesto conseguimos identificar se o interlocutor está interessado ou não em manter a conversa, podemos também utilizar gestos de adaptação quando ocorre interação entre mensageiro e mensagem.

Um dos principais meios de comunicação da expressão é a face que por onde conseguimos transmitir e desempenhar varias funções, como a expressar emoções, sentimentos, dores, frustrações, angustias e podem revelar muito da personalidade de uma pessoa.

Um outro aspecto que podemos relatar na comunicação não-verbal é a postura, pois vai nos indicar hábitos que são adquiridos com o tempo, sendo os nossos e do nosso paciente que sempre na maioria das vezes é involuntário, e pode nos ajudar muito no entendimento e compreensão dos movimentos que vai nos indicar hábitos de nossos pacientes como o movimento da cabeça, um exemplo simples o fato de resposta de um sim ou não, pois há pacientes ouvintes que conversam muito através de expressões e respostas com um simples balançar de cabeça.

E através desse aceno conseguimos identificar se o paciente está nos entendendo, e que expressa sinais que podemos prosseguir a comunicação ou parar para reflexão para mudança de estratégia na comunicação com o nosso paciente/cliente.

A proxémica pode ser definida como um conjunto das observações de teorias quanto ao uso de um espaço da comunicação usada pelo ser humano, que vai estar relacionado com a cultura, à situação e até mesmo a cultura de uma pessoa e que pode ser dividido em três níveis:

O Infracultural vai nos indicar a raiz e o que está relacionado ao passado em que vivemos e como nos comportamos por herança do mesmo. Por sua vez o pré- cultural fornece um estado fisiológico em que vivemos o hoje, e o

microcultural vai ser aquele em que podemos localizar as nossas observações proxêmicas.

Paralinguagem é todo meio que pode se aplicar em modalidades de voz como timbres, intensidade, ritmo que podem fornecer informações como se encontra o nosso cliente. E entre podemos qualificar as vocalizações que são emitidas em qualidade da voz, características vocais, qualificabilidade da voz, ou também os murmúrios expressos pelo nosso cliente, ou as secreções vocais que podem identificar palavras através de fluxo como haha, huhum, hem, ahn, e pausa na mesma.

E quando for se dirigir a comunicação para uma pessoa que faz uso de aparelho de surdez lembrar-se da importância da diminuição de ruídos externos, simplesmente fechando a porta para abafar o som, sempre se direcione em frente à pessoa com um olhar sempre ao mesmo, pois alguns desses pacientes conseguem fazer leitura labial e lembre sempre “não precisa gritar”, pois o nosso paciente é deficiente auditivo.

Sendo de grande importância o estar atento a todo tipo de comportamento não verbal para que possamos decifrar o que ocorre e não entremos em paradoxos entre tipos de comunicação verbal e a comunicação não verbal.

Neste âmbito, é pertinente adequarmos o tipo de comportamento e comunicação não-verbal na relação do cuidado entre paciente/cliente e a equipe de enfermagem.

2.3- A comunicação e o cuidado Humanizado

No referencial de Boff (1999 p.35) que nos diz que: “o ser humano é um ser de cuidado, mais ainda sua essência se encontra no cuidado. Colocar cuidado em tudo o que proteja e faz, eis a característica singular do ser humano”.

Quando estamos realizando um procedimento seja, ele com o cliente ou para o cliente, a equipe de Enfermagem tem que ter a noção de que estamos lidando com algo muito serio o ser humano. Então temos que ter a ciência de que aos estarmos frente ao paciente devemos tratá-lo com respeito, e atenção explicando cada procedimento a ser executado, chamando o pelo nome, evitar palavras como “Tiozinho (a)”, “Vozinho (a)”, “Lindinho (a)” “Amorzinho” ou termos diminutivos sempre prestar atenção na sua forma de expressão, pois também estaremos usando a linguagem não-verbal, ou seja, através de nossa fisionomia poderemos passar muitas coisas ao nosso cliente. Devemos estar sempre receptivos, não demonstrando duvida no procedimento a ser realizado, pois com certeza o nosso cliente vai conseguir identificar a nossa capacidade profissional e com certeza, vamos poder passar mais confiança na tarefa que está sendo executada.

Atualmente tanto se fala ou se discute a palavra empatia², então se é aprendido ou discutido como tal porque não se colocar em ação tal significado, e se colocar no lugar do outro, fazendo o melhor como se estivesse sendo feito pra você ou para um ente querido. Ao colocar em pratica tal virtude, o profissional da saúde com certeza já vai ter uma melhor visão de um cuidar mais humanizado.

² Tendência para sentir o que sentiria caso estivesse na situação e circunstâncias experimentadas por outra pessoa.

A ligação que estabelece entre os pacientes e seus cuidadores será tão maior quanto maior for à confiança existente entre eles, como relata Giordani (2008, p.75)

A equipe de enfermagem sempre coordenada pelo Enfermeiro tem como destaque a comunicação, pois, através dela conseguiremos planejar, executar e atingir metas necessárias na elaboração de um cuidado mais humanizado, e termos uma condição de compreensão ao seu seu sofrimento, á sua complexidade biopsicossocial. Para isso, é importante acolhê-lo, refletir sobre seu sofrimento, praticar a comunicação sensível, para, a partir daí, perceber como, por que e qual o sentido desse sofrimento para o sujeito para promover cuidados e efetivamente “cuidando”.

Sendo assim, humanizar o atendimento é valorizar o significado atribuído pelo ser humano, á sua experiência de adoecimento, ao seu sofrimento, reconhecendo as relações interpessoais como um processo, que permeia a organização produtiva do trabalho e suas dimensões técnico-assistenciais.

Atentar para o espaço do acolhimento, da escuta atenta e interessada nas necessidades e expectativas das pessoas pode ser um estímulo à transformação das praticas em saúde, em que a clinica não é ignorada, mas associada ao conhecimento de mundo daqueles que procuram diariamente um serviço de saúde, e no conceito de compreensão do contexto de vida dos indivíduos portadores de deficiência auditiva e de suas relações sociais e que nos condiz à humanização e oferecer e dar condição de um atendimento mais humano.

Humanizar não é uma técnica, uma arte e muito menos um artifício, é um processo vivencial que permeia toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham, procurando realizá-lo e dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana. E dentro das circunstancias, ou seja, entender desde a sua chegada, a busca por um atendimento e entender cada um no momento de sua dor, suas angustias seus medos e assim, podermos tomar certas atitudes frente ao paciente e seus familiares para assim se obter um cuidado mais humanizado.

3. Aspectos da comunicação do enfermeiro e o deficiente auditivo

3.1 - O uso da linguagem de sinais (LS) na comunicação entre os atuantes da equipe de enfermagem ou da área da saúde

Para podermos realizar tal procedimento com este tipo de paciente, primeiramente o profissional da saúde tem que estar ciente que terá que ter pelo menos uma noção ou entendimento da Língua de Sinais (LS), seja ele na atenção preventiva ou aquele que vai dar assistência em Postos de saúde, ou até mesmo um agente comunitário realizando visitas domiciliares ou aquele que vai dar assistência curativa seja, ela no ambulatório ou Hospitalar sobre a importância do entendimento desse tipo de linguagem.

A necessidade de se entender tal linguagem está relacionado ao profissional capacitado, ou seja, se ter noções de como funciona e o que quer dizer os sinais apresentados, ou seja, conhecer a linguagem de sinais, para poder tentar compreender e entender o que o nosso cliente está querendo nos informar ou até relatar um fato ou um acontecimento. E de que forma pode se feito isso? Tendo um profissional responsável pelo aprendizado de tal linguagem e depois que repasse aos colegas de trabalho, que relativo à Lei 10436/2002, (anexo 2) que institui a Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS) reconhecendo-a como meio legal de comunicação e expressão e outros instrumentos de expressão a ela relacionados.

O código de Libras é codificado como um sistema lingüístico de natureza visual motora. Com estrutura gramatical peculiar, associado a um processo lingüístico de propagação de conceitos, idéias e fatos, originados dos

segmentos de pessoas portadoras de deficiência auditiva no território brasileiro, disponibilizado em anexo.

Cabe ao profissional da saúde sendo aqui nosso foco o enfermeiro a importância do conhecimento da Lei e identificar de tais direitos e deveres desse tipo de paciente e comunicar a sua equipe sobre a mesma.

3.2 - A falta de autonomia dos pacientes com deficiência auditiva

Quando o paciente necessita de uma consulta seja ela de Enfermagem ou Médica ele sempre vai vir acompanhado de um tradutor, ou seja, para leigos, alguém que consiga passar suas informações para aqueles que não conseguem entender ou não entendem a linguagem de sinais.

E com certeza ficaria bem mais a vontade se estivesse a sós com o profissional de saúde, e ficaria menos inibido (a) para a coleta de dados, onde ele se estivesse com um acompanhante o mesmo era quem nos teria de passar tais informações e que de certa forma geraria certo transtorno ou constrangimento para o paciente ali atendido.

Sendo de suma importância a presença de um intérprete, quando o paciente necessita nos passar informações sobre seu estado de saúde, suas dores, suas angústias, seus medos, e através do intérprete poderemos obter tais informações. Onde através de uma linguagem não-verbal, seja ela também passada pelo cliente através da língua de sinais (LS), pois aquele que é leigo no assunto e não consegue captar tais informações, geralmente o intérprete é seu parente como pai, mãe, irmão ou irmã, um amigo (a) ou alguém conhecido que entende e compreende a língua de sinais.

A necessidade do profissional de Saúde, entender a linguagem de sinais vai de valor primordial para este tipo de atendimento, pois, facilita a comunicação usada pelo paciente, além de uma coleta de dados mais precisa o planejamento, o tratamento e a sua evolução de Enfermagem vai permitir um tratamento mais digno, e uma melhora no atendimento além de passar mais confiança para tal paciente, ele com certeza vai indicar para outros pacientes o atendimento ali prestado.

E no que diz respeito à Humanização Giordani (2008, p.77) relata que:

que a humanização do cuidado consiste num processo que perpassa as relações interpessoais a todo momento, durante cada tentativa e resolução de problemas. Diga-se de passagem, que, para se estabelecer um tratamento, a comunicação é tão relevante quanto mostrar-se cordial e disponível para o cliente e seus familiares, ou apresentar-se bem pessoalmente. De modo geral, nas relações interpessoais, a comunicação não se restringe às palavras emitidas, mas em Saúde se deve atribuir elevada relevância aos gestos, as expressões corporais, olhares, timbres e tonalidades de voz.

E podemos perceber através do retorno do nosso cliente para outras consultas de Enfermagem a sua satisfação com o tipo de atenção que lhe foi assistida.

3.3- As ações voltadas ao paciente com deficiência auditiva

O enfermeiro deve ter ciência da participação em campanhas de saúde voltadas para este paciente, pois, através do conhecimento desses direitos poderá elaborar planos de cuidados para e uma participação maior desses pacientes junto aos conselhos municipais e estaduais de saúde para uma melhor reivindicação junto aos órgãos prestadores de serviços como: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os Ambulatórios Médico Especiais (AME), para um melhor tratamento a esses pacientes. E com atenção o Enfermeiro das Unidades Básicas de Saúde que visa o atendimento primário para este tipo de paciente e sua família, acompanhamento e visitas rotineiras em sua residência visando um bom andamento no atendimento da saúde para todos os membros que ali residem.

Estar sempre antenado em congressos, palestras e reuniões e sempre que possível estar participando desses eventos, pois além de estar sempre informado das novidades poderá dar um treinamento mais digno e confiável para todos os membros de sua equipe, principalmente com relação às técnicas mais usadas em um atendimento mais humanizado.

É a melhor forma de estar ciente de seus direitos, fornecendo-lhe palestras e interação com os pacientes, seus familiares e a comunidade, e incentivar para que os mesmos participem de reuniões dos conselhos municipais através dos conselhos gestores e explicar ao paciente/cliente e seus familiares a necessidade de tais direitos e deveres.

Um adequado procedimento é estar sempre antenado com as nossas leis, principalmente com relação às diretrizes e bases do SUS (Sistema Único de Saúde) no qual vai estar sempre informado sobre mudanças, capacitações, e de atividades voltadas para a população, e de forma simples vai colaborar na

prestação de serviços voltados para os pacientes seus familiares e a comunidade.

É fator indispensável o profissional da área da saúde, que queira trabalhar com este tipo de paciente, aprender e saber lidar com as necessidades especiais deste tipo de paciente, cujo os serviços e as prestações de serviços para como o mesmo em nosso país é muito carente com esse tipo de profissional, e de uma forma muito gratificante poder ajudar e obter resultados positivos sobre cuidados tanto primários, ou seja, trabalhando com prevenção, seja ela com aulas, palestras, reuniões com essas pessoas e seus familiares.

Através da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (anexo 3) reforça os direitos e a promoção da qualidade de vida, bem como a integralização social das pessoas portadoras de deficiência.

E uma melhor forma nos apresenta Giordani (2008) onde nos chama a atenção para um cuidado mais Humanizado onde devemos ter mente o nosso principal foco que aqui nosso “paciente/cliente” e nos mostra a importância de darmos para nós e nosso cliente tal cuidado.

Conclusão:

A importância do Enfermeiro no cuidado do paciente com deficiência auditiva tornou-se um tema pertinente voltado às novas ações que podem permear o trabalho da equipe de Saúde.

Neste âmbito procuramos contribuir debatendo as dificuldades encontradas no atendimento dos pacientes com insuficiência auditiva pelos agentes de Saúde.

A comunicação em Enfermagem deve absorver a linguagem de sinais, especificamente o código de Libras, para assim tornar efetivo o cuidado destes portadores e ampliar a autonomia dos mesmos durante todo o processo de atendimento.

O cuidado “humanizado” também se faz presente perante as mudanças necessárias para um novo modelo de cuidado. Neste viés, são extremamente importantes as ações governamentais que estimulem direitos e uma maior qualidade de vida a esses segmentos.

Assim, o trabalho de pesquisa ora concluído teve como proposta auxiliar na promoção de um cuidado mais integral e humanizado voltado aos deficientes auditivos.

Referencias Bibliográficas:

BOFF, Leonardo Saber cuidar- ética do humano-compaixão pela terra. 12ª edição Petrópolis Editora vozes, 1999

BRANCO, Rita Francis G.Y.Rodrigues A relação com o paciente Teoria, ensino e pratica

GIORDANI, A.T. Humanização da Saúde e do Cuidado, Editora Difusão, São Caetano do Sul, SP 2008

GRAY Henry, F.R.S. Gray Anatomia, 29ª edição Editora Guanabara Koogan

HELMAN, Cecil G. Cultura, Saúde & Doença. 4 edição. Porto Alegre- SP: Artmed, 2003.

RECTOR Mônica; TRINTA Aluizio R Comunicação do Corpo, 2ª edição Editora Atica, 1993 Rio de Janeiro- RJ Editora Guanabara Koogan ano 2003

Rio de Janeiro- RJ Editora Guanabara Koogan ano 2003

SILVA, Maria J. Paes da Amor é o caminho. 4ª edição Dezembro 2006, Editora Loyola

SILVA, Maria J. Paes da Comunicação tem remédio. 4ª edição Agosto 2006, Editora Loyola

STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emilia Campos de. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri: Manole, 2005.

WALDOW, Vera Regina. Cuidado Humano: O Resgate Necessário. 3º Ed. – Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WALDOW, Vera Regina. Cuidar: Expressão Humanizadora da Enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2006.

Webgrafia:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf site acessado em 11/06/2009 as 20:50 hora

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Cart09.pdf> site acessado em 11/06/2009 as 20:40 hora

<http://saci.org.br/index.php?modulo=akemi¶metro=423> site acessado dia 11/08/2009 as 08:13 hora

http://www.fcee.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=419&Itemid=91 site acessado em 11/06/2009 as 20:58 hora

[www.ee.usp/reusp/Rev Esc Enferm USP 2007; 41\(3\): 411-8](http://www.ee.usp/reusp/Rev%20Esc%20Enferm%20USP%202007%2041(3)%20411-8) site acessado em 11/06/2009 as 21:10 hora

www.ines.org.br site acessado em 06/06/2009 as 20:35 hora

www.libras.org.br site acessado em 11/08/2009 as 09:25 hora

www.saude.gov.br site acessado em 06/06/2009 as 20:35 hora

www.sur10.net site acessado em 06/06/2009 as 20:20 hora

Anexo (01)



Fonte: www.sur10.net

Anexo (02)

LEI N.º 10.436 de 24 de abril de 2002

Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º É reconhecida como meio legal de comunicação e expressão a Língua Brasileira de Sinais - Libras e outros recursos de expressão a ela associados.

Parágrafo único. Entende-se como Língua Brasileira de Sinais - Libras a forma de comunicação e expressão, em que o sistema lingüístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constituem um sistema lingüístico de transmissão de idéias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil.

Art. 2º Deve ser garantido, por parte do poder público em geral e empresas concessionárias de serviços públicos, formas institucionalizadas de apoiar o uso e difusão da Língua Brasileira de Sinais - Libras como meio de comunicação objetiva e de utilização corrente das comunidades surdas do Brasil.

Art. 3º As instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde devem garantir atendimento e tratamento adequado aos portadores de deficiência auditiva, de acordo com as normas legais em vigor.

Art. 4º O sistema educacional federal e os sistemas educacionais estaduais, municipais e do Distrito Federal devem garantir a inclusão nos cursos de formação de Educação Especial, de Fonoaudiologia e de Magistério, em seus níveis médio e superior, do ensino da Língua Brasileira de Sinais - Libras, como parte integrante dos Parâmetros Curriculares Nacionais - PCNs, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. A Língua Brasileira de Sinais - Libras não poderá substituir a modalidade escrita da língua portuguesa.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 24 de abril de 2002; 181º da Independência e 114º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Paulo Renato Souza

Anexo (03)

**Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES
Secretaria de Atenção a Saúde - SAS**

“TODAS AS PESSOAS NASCEM LIVRES E IGUAIS EM DIGNIDADE E DIREITOS. SÃO DOTADAS DE RAZÃO E CONSCIÊNCIA E DEVEM AGIR EM RELAÇÃO UMAS ÀS OUTRAS COM ESPÍRITO DE FRATERNIDADE.”

Art. 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948)

Disque Saúde

0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde

www.saude.gov.br/bvs

Principais causas das deficiências e sua evitabilidade

As principais causas das deficiências são:

- **As hereditárias ou congênitas – que aparecem por questões genéticas (no feto). Podem ser evitadas, em parte, com exames pré-natais específicos (cariótipo e para outros erros inatos do metabolismo como fenilcetonúria, hemoglobina, hipertiroidismo congênito) e serviços de genética clínica para aconselhamento genético aos casais.**
- **As decorrentes da falta de assistência ou da assistência inadequada às mulheres durante a gestação e o parto – são evitáveis com investimento e melhoria da qualidade do pré-natal (consultas e exames laboratoriais), parto (natural, de risco, cesarianas) e pós-parto.**
- **A desnutrição, que acomete famílias de baixa renda, especialmente crianças a partir do primeiro ano de idade – é evitável por meio de políticas públicas e empresariais de distribuição de renda, criação de emprego e melhoria das condições gerais de vida da população.**
- **As que são conseqüência de doenças transmissíveis, como a rubéola, o sarampo, a paralisia infantil, as doenças sexualmente transmissíveis (como a sífilis na gestante) – são evitáveis por ações de proteção e promoção à saúde, como informação, vacinação e exames pré-natais.**
- **As doenças e eventos crônicos, como a hipertensão arterial, o diabetes, o infarto, o acidente vascular-cerebral (AVC), a doença de Alzheimer, o câncer e a osteoporose – são em parte evitáveis pela mudança de hábitos de vida e alimentares, diagnóstico precoce e tratamento adequado.**
- **As perturbações psiquiátricas, que podem levar a pessoa a viver situações de risco pessoal – são em parte evitáveis por meio da proteção à infância, e do diagnóstico precoce, da assistência multiprofissional e do uso de medicamentos apropriados.**
- **Os traumas e as lesões, muitas vezes associados ao abuso de álcool e às drogas, principalmente nos centros urbanos, onde são crescentes os índices de violência e de acidentes de trânsito – são evitáveis pelas políticas públicas integradas e multisetoriais para a redução da violência e da melhoria das condições gerais de vida (habitação, escolaridade, oportunidades, esporte, arte, lazer) e de mudanças de hábitos da população.**

Atuar sobre os fatores que causam as deficiências é tarefa de toda a sociedade, o que inclui os poderes públicos, as entidades não governamentais e as privadas, as associações, os conselhos, as comunidades, as famílias e os indivíduos.

entes ao eliminar barreiras atitudinais e arquitetônicas que impedem a efetiva participação social das pessoas com deficiência.

As sociedades devem se modificar, de modo a atender às necessidades de todos os seus membros. Uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais ou pessoais.

Uma cidade acessível e acolhedora será melhor para todos os cidadãos.

Incluir socialmente as pessoas com deficiência significa respeitar as necessidades próprias da sua condição e possibilitar acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e artísticos e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico, científico e tecnológico da sociedade para os cidadãos brasileiros. Em seu artigo 23, capítulo II, a Constituição determina que “é competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências.”

Outros instrumentos legais vêm sendo estabelecidos, desde então, regulamentando os ditames constitucionais relativos a esse segmento populacional, com destaque para as Leis nº 7.853/89 (sobre o apoio às pessoas com deficiência e sua integração social); nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde); nº 10.048/00 (estabelecendo prioridades ao atendimento); nº 10.098/00 (determinando critérios para a promoção da acessibilidade); e os Decretos nº 3.298/99 (dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência) e nº 5.296/04 (regulamenta as Leis nº 10.048/00 e nº 10.098/00).

A Portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº 1.060, de 05 de junho de 2002, instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.

O entendimento do conceito relativo à deficiência vem evoluindo em todo o mundo, especialmente após a década de 60, quando se formulou um conceito que reflete a estreita relação entre as limitações que as pessoas com deficiência experimentam, a estrutura do meio ambiente e as atitudes da comunidade.

Após ter declarado o ano de 1981 como Ano Internacional da Pessoa Deficiente, a Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou, em 1982, o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência. A Organização dos Estados Americanos editou a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência,

em 1999, e que foi promulgada, no Brasil, pelo Decreto nº 3.956/01. Tais documentos ressaltam o direito das pessoas com deficiência a terem oportunidades iguais, para usufruírem das melhorias nas condições de vida resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social.

Estabeleceram-se diretrizes para as áreas da saúde, educação, emprego e renda, seguridade social, legislação, orientando os estados membros na elaboração de políticas públicas.

Outro importante aporte foi a aprovação da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIF), em 2001, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cujos princípios enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades dos indivíduos, em vez de valorizar as incapacidades e limitações. Abriu-se um novo caminho para as práticas da reabilitação e da inclusão social, propondo a análise da saúde a partir de cinco categorias: funcionalidade, estrutura morfológica, participação na sociedade, atividades da vida diária e ambiente social. Uma nova forma de avaliação, a ser adotada como guia pelos governos de todo o mundo, organizando, orientando e padronizando informações sobre pessoas com deficiência.

Finalmente, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU/2006) tem o objetivo de promover, defender e garantir condições de vida com dignidade e a emancipação das pessoas que têm alguma deficiência. O Brasil assinou-a sem reservas, em 30 de março de 2007, bem como o seu protocolo facultativo, comprometendo-se com os cinquenta artigos que tratam dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais dos brasileiros com deficiência.

Seu texto foi integrado, como emenda, à Carta Constitucional brasileira, em julho de 2008.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência é, portanto, resultado de múltiplos movimentos e longa mobilização, nacional e internacional, de muitos fatores sociais e institucionais.

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL

O Brasil vem se organizando em termos de dados estatísticos oficiais sobre as pessoas com deficiência. Após a Lei nº 7.853/89, que tornou obrigatória a inclusão de itens específicos nos censos nacionais, o Censo Demográfico de 1991, pela primeira vez, incluiu questões que atestaram a presença de 2.198.988 pessoas com deficiência, em uma população total de 146.815.750 habitantes, o que representa 1,49 % desta.

Já o Censo de 2000, utilizando nova abordagem conceitual e metodológica (CIF/percepção de funcionalidade), identificou 24,5 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência (14,5% da população brasileira), desde alguma dificuldade para andar, ouvir e enxergar, até as graves lesões incapacitantes. Foram detectados, no total de 24,5 milhões, 48% de pessoas com deficiência visual, 23% com deficiência motora, 17% com deficiência auditiva, 8% com deficiência mental e 4% com deficiência física.

A metodologia adotada incluiu, na contagem, muitos idosos que apresentam dificuldades para se locomover, ver e/ou ouvir. Ao se considerar apenas as pessoas com limitações mais severas (percepção de incapacidade) o percentual encontrado foi de 2,5% do total da população (4,3 milhões de pessoas).

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A presente política do Ministério da Saúde, voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a Atenção à Saúde das pessoas com deficiência no Brasil.

Assim, define, como seus propósitos gerais, um amplo leque de possibilidades que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinam o aparecimento de deficiências.

Suas principais diretrizes, a serem implementadas solidariamente nas três esferas de gestão e incluindo as parcerias interinstitucionais necessárias, são: a promoção da qualidade de vida; a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde; a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos; e a organização e funcionamento dos serviços.

1. PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA – é uma diretriz que deve ser compreendida como responsabilidade social compartilhada, visando assegurar a igualdade de oportunidades, a construção de ambientes acessíveis e a ampla inclusão sociocultural. As cidades, as escolas, os ambientes públicos, coletivos e de lazer, os serviços de saúde, os meios de transporte, as formas de comunicação e informação, devem ser pensadas de modo a facilitar a convivência, o livre trânsito e a participação de todos os cidadãos em iguais condições de direitos, nos vários aspectos da vida diária das comunidades.

Especificamente na área da saúde, buscar-se-á tornar acessíveis as unidades de saúde, por meio do cumprimento da normatização arquitetônica (de acordo com a Norma Brasileira 9050/ABNT, como descrito no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, MS, 2ª ed., Brasília, 2008), e assegurar a representação das pessoas com deficiência nos Conselhos de Saúde, viabilizando sua participação na proposição de medidas, no acompanhamento e na avaliação das ações levadas a efeito nas esferas municipal, estadual e federal.

2. PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIAS – uma diretriz com alto grau de sensibilidade à ação intersetorial, devendo a Saúde unir esforços a outras áreas como: educação, segurança, trânsito, assistência social, direitos humanos, esporte, cultura, comunicação e mídia, dentre outras, para atuação potencializada.

Especificamente na área da saúde devem ser implementadas estratégias de prevenção, tendo em vista que cerca de 70% das ocorrências são evitáveis ou atenuáveis, com adoção de medidas apropriadas e oportunas. Ações em imunização, acompanhamento às gestantes (em especial as de risco), exames para os recém-nascidos, acompanhamento do crescimento infantil, acompanhamento aos diabéticos, hipertensos

e pessoas com hanseníase, prevenção de acidentes (domésticos, no trânsito e no trabalho) e violências (álcool/drogas).

Medidas preventivas deverão envolver, também, ações de natureza informativa e educacional, voltadas à população, aos profissionais de saúde e aos gestores de serviços, em todo território nacional.

3. ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – diretriz de responsabilidade direta do Sistema Único de Saúde e sua rede de unidades, voltada aos cuidados que devem ser dispensados às pessoas com deficiência, assegurando acesso às ações básicas e de maior complexidade, à reabilitação e demais procedimentos que se fizerem necessários, e ao recebimento de tecnologias assistivas.

Toda pessoa com deficiência tem o direito de ser atendida nos serviços de saúde do SUS, desde os Postos de Saúde e Unidades de Saúde da Família, até os Serviços de Reabilitação e Hospitais. Tem direito à consulta médica, ao tratamento odontológico, aos procedimentos de enfermagem, à visita dos Agentes Comunitários de Saúde, aos exames básicos e aos medicamentos que sejam distribuídos pelo SUS. Não se pode esquecer que há homens e mulheres com deficiência em todas as faixas etárias, devendo bebês, crianças, jovens e adultos ser acolhidos em todas as Unidades de Saúde e ter respondidas suas necessidades, sejam elas vinculadas ou não à deficiência que apresentam.

São consideradas parte da atenção integral à saúde das pessoas com deficiência as ações voltadas para sua saúde sexual e reprodutiva, incluindo medicamentos, recursos tecnológicos e intervenções especializadas.

Para o desenvolvimento desta Política, a Atenção Básica tem fundamental importância, com a Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde que, trabalhando com áreas territorializadas de abrangência, capilarizam o cuidado à saúde e ao adoecimento, aproximando os serviços das comunidades, famílias e indivíduos. O Ministério da Saúde propôs a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF - Portaria MS/GM nº 154, de 24/01/08) com equipe multiprofissional, que pode incluir fisioterapeuta, médico, acupunturista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e educação física. Os processos de trabalho devem incorporar, ao reconhecer seus territórios de responsabilidade sanitária, um olhar especialmente voltado às pessoas com deficiência que habitam as comunidades. Daí a importância do tema ser incluído nas capacitações, manuais, cartilhas, protocolos técnicos e clínicos, sensibilizando gestores, profissionais e comunidades.

Há que se trabalhar os processos de Acolhimento, Atenção, Referência e Contra-referência, voltados às especificidades das pessoas com deficiência para que elas possam ter acesso às Unidades de Saúde, em todo o país, sem barreiras (arquitetônicas ou atitudinais), como todos os demais cidadãos brasileiros.

De acordo com suas características, as pessoas com deficiência têm direito ao encaminhamento para serviços mais complexos, a receber assistência específica nas unidades especializadas de média e alta complexidade, para reabilitação física, auditiva, visual e intelectual, como também às ajudas técnicas, órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção de que necessitem, complementando o trabalho de reabilitação e as terapias.

As equipes das unidades de reabilitação devem ser multiprofissionais e trabalhar de forma interdisciplinar, envolvendo as famílias, as unidades básicas de saúde e as comunidades, buscando recursos locais que facilitem o desenvolvimento integrado de processos de inclusão da pessoa com deficiência.

4. MELHORIA DOS MECANISMOS DE INFORMAÇÃO – esta diretriz deve ser pensada e desenvolvida em vários pontos interdependentes.

Um deles refere-se à necessária melhoria dos mecanismos de registro e coleta de dados sobre as pessoas com deficiência no país. Outro ponto importante está voltado ao aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação do SUS, e à construção de indicadores e parâmetros específicos para esta área, com o desenvolvimento de estudos epidemiológicos, clínicos e de serviços, e com estímulo às pesquisas em saúde e deficiência.

A melhoria da quantidade e qualidade das informações produzidas será essencial para o adequado equacionamento das questões relativas à saúde da pessoa com deficiência. Outro aspecto a se considerar para esta diretriz diz respeito ao estímulo à criação, à produção e à distribuição de material educativo e informativo na área da saúde em formatos acessíveis, isto é, em Braille, em Libras, em CD, em programa TXT para conversão em voz, em caracteres ampliados etc.

5. CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS – esta diretriz mostra-se de suma importância, tendo em vista que as relações em saúde são baseadas essencialmente na relação entre pessoas. Profissionais permanentemente atualizados, capacitados e qualificados, tanto na rede básica (incluindo as equipes de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde) quanto nos serviços de reabilitação (física, auditiva, visual, intelectual), potencializam os cuidados às pessoas com deficiência usuárias do SUS.

Com a criação dos NASF espera-se grande reforço à atuação das equipes, em todos os municípios.

Busca-se, com o Ministério da Educação, a inclusão de disciplinas e conteúdos de prevenção, atenção e reabilitação às pessoas com deficiência, nos currículos de graduação das profissões na área da saúde, bem como o fomento de projetos de pesquisa e extensão nessa área do saber.

Outro foco de desenvolvimento e capacitação são os gestores de serviços em saúde, para que haja incremento no planejamento de políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência no país.

Por fim, nesta diretriz de capacitação, é importante registrar a programação dos cursos de formação de profissionais ortesistas e protesistas no país, que terá início em 2009.

6. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS – pretende-se que os serviços de atenção às pessoas com deficiência se organizem como uma rede de cuidados, de forma descentralizada, intersetorial e participativa, tendo as Unidades Básicas de Saúde (ou Saúde da Família)

como porta de entrada para as ações de prevenção e para as intercorrências gerais de saúde da população com deficiência.

O NASF tem como objetivo ampliar a resolutividade das ações da Atenção Básica.

A equipe do NASF/1 será formada por no mínimo 05 profissionais dentre os seguintes: médico (pediatra, ginecologista, homeopata, acupunturista, psiquiatra), assistente social, profissional da educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. O NASF/2 poderá ter equipe de no mínimo três profissionais dos listados acima, menos a categoria dos médicos.

A inclusão da assistência aos familiares é essencial para um atendimento humanizado e eficaz, com ações de apoio psicossocial, orientações para atividades de vida diária e suporte especializado em situações de internamento (hospitalar/domiciliar).

Nas unidades especializadas, de abrangência regional, qualificadas para atender às necessidades específicas das pessoas com deficiência, a atenção será multiprofissional e interdisciplinar, com a presença de alguns dos seguintes profissionais: médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, conforme o perfil do serviço. Neste nível será possível a avaliação de cada caso para a dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, bem como o acompanhamento dos processos de adaptação aos equipamentos.

Para as unidades de alta densidade tecnológica, ambulatorial ou hospitalar, reservam-se os casos que justificam intervenção intensa e mais freqüente, recomendando-se que estejam vinculadas, se possível, a centros universitários ou formadores de recursos humanos. Nestas unidades, provavelmente estarão as pessoas que sofreram traumas recentes, caracterizando uma via de entrada para a atenção no SUS. Para o seguimento destes casos há que se criar um fluxo entre os serviços e pontos de atenção, para que as pessoas tenham acesso, após a alta hospitalar, às unidades básicas de saúde mais próximas de seus locais de moradia.

Em todo o país, prestando atendimento de média e alta complexidade, conta-se com serviços de Reabilitação Física, serviços de Atenção à Saúde Auditiva, serviços para Deficiência Mental e autismo e serviços para Reabilitação Visual.

As Redes de atenção para as pessoas com deficiência instituídas são: Rede de Atenção à Saúde Auditiva (Portarias MS/SAS nº 587/04 e nº 589/04); e Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência Física (MS/GM nº 818/01 e MS/SAS nº 185/01) e ainda Serviços de Atenção à Ostomia, Assistência Ventilatória a doenças Neuromusculares (MS/GM nº 1.370/08 e MS/SAS nº 370/08), Osteogêneses Imperfecta (MS/GM nº 2.305/01), Deficiência Mental/Autismo (MS/GM nº 1.635/02), e Serviços de Reabilitação Visual (MS/GM nº 3.128/08, MS/GM nº 3.129/08).

É fundamental que haja uma interlocução entre as redes de Reabilitação, os NASF (considerando suas ações em reabilitação), o atendimento em reabilitação nos serviços especializados e hospitalares, sendo fundamental a comunicação com as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos/deficiências e reabilitação das UBS, integrando todos eles em uma rede de assistência.

Para localizar as unidades especializadas e outras informações, acessar: www.saude.gov.br