

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM A OSTOMIZADOS:
AÇÕES HUMANIZADAS QUE VALORIZAM O
ACOLHIMENTO E O AUTOCUIDADO**

ALAN AUGUSTO GUEDES MAZALLI

Profa. Dra. Annecy Tojeiro Giordani (orientadora)

ASSIS
2009

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM OSTOMIZADOS:
AÇÕES HUMANIZADAS QUE VALORIZAM O
ACOLHIMENTO E O AUTOCUIDADO**

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

Orientadora: Profa. Dra. Anecy Tojeiro Giordani

ASSIS
2009

MAZALLI, Alan Augusto Guedes.

Título: Cuidados de Enfermagem com ostomizados:
ações humanizadas que valorizam o acolhimento e o autocuidado.

MAZALLI, Alan Augusto Guedes.
Assis, 2009.

73 f.: il; 30 cm

Orientadora: Professora Doutora Annecy Tojeiro Giordani.
Trabalho Monográfico (Curso de Enfermagem) –
Fundação Educacional do Município de Assis, 2009.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Ostomizados. 3. Acolhimento e autocuidado. I. Fundação Educacional do Município de Assis.

CDD:
000.000

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM OSTOMIZADOS:
AÇÕES HUMANIZADAS QUE VALORIZAM O
ACOLHIMENTO E O AUTOCUIDADO**

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

Orientadora: Profa. Dra. Anecy Tojeiro Giordani

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr Anecy Tojeiro Giordani
Fundação Educacional do Município de Assis

Prof. Dr Elizete Melo da Silva
Fundação Educacional do Município de Assis

Prof. Enf Mariana Goering Barreiro
Fundação Educacional do Município de Assis

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA

ALAN AUGUSTO GUEDES MAZALLI

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM A OSTOMIZADOS: AÇÕES HUMANIZADAS QUE
VALORIZAM O ACOLHIMENTO E O AUTOCUIDADO**

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, ____/____/____

Alan Augusto Guedes Mazalli

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. Anecy Tojeiro Giordani

Orientadora

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, a razão do meu viver. Em especial aos meus pais José Antonio e Isabel Cristina, pela força, incentivo e confiança que depositaram em mim, *in memoriam*, as minhas avós Geralda e Elita, pelo amor dedicado e exemplo de vida proporcionado.

Amo vocês!!!

Alan Augusto

AGRADECIMENTOS

A Deus, por que é por suas mãos que escrevo as linhas de minha vida, e é a ele que reservo meu destino, pois ele jamais abandona seu filho em desespero, sem ele um homem não passa de um “monte de barro”.

Agradeço aos meus pais, pois eles são os meus pilares, são as pessoas que me ama a ponto de dar sua vida por mim. Sem eles eu jamais teria chegado até aqui, em toda a minha vida jamais conheci pessoas mais guerreiras.

A meus irmãos, que nas horas difíceis estive sempre ao meu lado com palavras que me mostravam a verdade, me ensinando mais do que aprendendo comigo. Sempre me apoiando sem esperar nada em troca.

A toda família Guedes e Mazalli que comigo choraram e sorriram durante toda a minha vida, e por isso eu os levo comigo para o resto de meus dias.

Aos professores do curso de Enfermagem, por todo ensinamento durante todos estes anos e pela honestidade com que leva sua profissão.

A minha orientadora, Prof^a. Dra. Anecy, pela ajuda na conclusão desse trabalho, por tudo que ela me ensinou nesses longos anos e por me despertar o interesse para a Enfermagem.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram, para a realização deste trabalho, e crescimento pessoal.

Obrigado,
Alan Augusto

RESUMO

Este estudo teve como objetivo valorizar o papel do Enfermeiro no cuidados aos ostomizados em sintonia com os princípios da humanização na Saúde. Para o desenvolvimento do mesmo utilizou-se de pesquisa bibliográfica com as seguintes etapas: levantamento, leitura e análise de referências bibliográficas científicas sobre a temática central, impressas ou publicadas na Internet. Esse trabalho pode auxiliar enfermeiros e graduandos a lembrarem conceitos de ostomia e sua história, como também sentirem-se mais motivados a pensarem em ações humanizadas que visem acolher, cuidar, relacionar-se, valorizar a auto-estima, a inserção social, a reabilitação, o autocuidado e o apoio familiar. Com este estudo foi possível depreender a nobreza do papel do enfermeiro no imenso contexto onde o cliente ostomizado está inserido e o quanto é importante a atuação de uma Enfermagem qualificada em benefício de sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem, Ostomizados, Acolhimento e autocuidado.

ABSTRACT

This study aimed to highlight the role of the nurse in ostomy care in line with the principles of humanization of Health for the development of it was used in the literature, which was obtained by grounding in the books and 50 scientific articles related work theme. The can help nurses and students to remember a brief apparatus ostomy concepts and history, but also are motivated to think of a humanized action aimed at welcoming, caring in conjunction, valuing self-esteem, social inclusion, rehabilitation, care and family support. At the end of this study is the nobility of the role of nurses in this broad context in which it operates the student learns that ostomizado. Quanto health practices need to be experienced to be understood better job of nurses.

Key-words: Nursing, Ostomy, Reception and care.

SUMÁRIO

RESUMO.....	8
ABSTRACT.....	9
1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVOS.....	11
3. METODOLOGIA.....	12
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	13
▪ <i>OSTOMIA E ASPECTOS HISTÓRICOS</i>	
4.1 Fatores de risco, indicações e características do ostoma.....	16
4.2 Tipos de ostoma.....	17
▪ <i>CUIDADOS DE ENFERMAGEM A OSTOMIZADOS.....</i>	
4.3 Ações humanizadas que valorizam o acolhimento.....	18
4.4 Importância do cuidado.....	20
4.5 Incentivo ao autocuidado e auto-estima.....	23
4.6 Apoio familiar, reabilitação e ajustamento social.....	26
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
6. REFERÊNCIAS.....	30
7. ANEXOS.....	33

1. INTRODUÇÃO

A escolha desta temática se ocorreu, no ano de 2008, durante o estágio profissional supervisionado na graduação do curso de Enfermagem, na clínica cirúrgica do Hospital Regional de Assis, quando participei da assistência prestada a um cliente ostomizado, na troca do equipamento utilizado na ostomia, junto ao auxiliar de Enfermagem de plantão. Desta forma, foi possível observar a dificuldade que o auxiliar de Enfermagem apresentou em lidar com a troca do equipamento e a expressão facial de dúvida em interagir com o cliente, ao responder os questionamentos do mesmo.

O início da assistência constituiu em muita ansiedade, curiosidade e insegurança, em lidar com algo que até então, só havia adquirido conhecimento teórico. Aliado a isto havia a expectativa do cliente e familiar no pós-operatório, em receber orientações sobre como lidar com o ostoma e o equipamento.

Pensando na humanização das relações em Saúde, Hoga (2004) defende o preparo anterior do cliente a qualquer procedimento qual ele vai passar e que lhe possa causar ansiedade.

Neste percurso, apesar do desafio, com a parte técnica, foi possível contar com o apoio da professora supervisora do estágio e da enfermeira responsável pelo Programa de Assistência a Cliente Ostomizado da instituição, solicitada pela equipe de Enfermagem de plantão, para orientações sobre o autocuidado e avaliação do ostoma, conforme rotina do hospital.

Mediante o exposto, concorda-se que é preciso conhecer um pouco mais sobre o ostomizado que cuidamos e, para tanto, precisa-se considerá-lo como um ser humano com suas crenças e como essas podem influenciar no seu modo de vida.

Embasado no informativo da Associação Brasileira de Ostomizados até o primeiro trimestre de 2009, foram registrados no Brasil 33.864 ostomizados divididos por estados, embora se desconheça o número de clientes no Amapá, Tocantins e Roraima. Estes indicadores salientam a importância do

atendimento humanizado na Saúde, em especial de todas as categorias da Enfermagem em unidades hospitalares de internação e ambulatórios.

Acompanhando e observando a fragilidade do cliente ostomizado e familiar, a comunicação interpessoal e o trabalho desenvolvido com o mesmo, no decorrer do estágio, nesta instituição pelo profissional enfermeiro do Programa de Assistência a Cliente Ostomizado, foi que me senti motivado a buscar mais conhecimento sobre ostomias e desenvolver uma pesquisa, visando ações humanizadas que valorizam o acolhimento e o autocuidado pela equipe de Enfermagem.

No entendimento de Oliveira (2001), uma ação humanizada acontece através do uso da razão e da emoção no cuidado, acolhendo com sinceridade e lealdade ao outro, ouvindo-o com sabedoria e paciência as palavras e os silêncios. Durante o contato direto, acontece o relacionamento e a troca de conhecimento, e, é neste momento de troca, que a Enfermagem passa a se reconhecer como ser humano, tornando as ações mais humanizadas.

Estudo de Vila e Rossi (2002) ressaltam que a humanização está embutida na filosofia de Enfermagem e que o ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos não superam o significado do toque humano. Esse, no entanto, é que conduzirá o pensamento e as ações da Enfermagem, em especial do enfermeiro, habilitando-o a criticar e construir uma realidade mais humana.

Tal afirmativa é corroborada por Mendes et al. (2000) ao enfatizarem a importância do enfermeiro no processo de assistência à saúde de modo a reconhecer os direitos do cliente e assisti-lo com dignidade. Entretanto, considerando seu interesse e preparo para lidar com pessoas ostomizadas, o profissional de Enfermagem deverá planejar ações à prática de uma assistência integral e individualizada, sem perder de vista a importância do acolhimento e o incentivo ao autocuidado com ou sem sua supervisão direta.

2. OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo geral, valorizar a importância do papel do enfermeiro no cuidado a ostomizados em sintonia com os princípios da humanização na Saúde a melhoria da sua qualidade de vida pelo resgate do autocuidado. Já, como objetivos específicos, identificar publicações existentes sobre cuidados de Enfermagem a ostomizados, práticas de acolhimento e autocuidado e respectivos aspectos que já foram abordados e propor a enfermeiros e demais profissionais de Enfermagem cuidados específicos a clientes ostomizados levando em conta suas singularidades e o necessário apoio familiar à satisfatória manutenção e/ou recuperação da sua saúde e do seu bem-estar.

3. METODOLOGIA

O presente estudo monográfico consiste em uma pesquisa bibliográfica baseada na análise da literatura já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas, imprensa escrita, e até eletronicamente disponibilizada na Internet e que abordam a temática central. Entretanto, ressalta-se a valorização do compromisso da Enfermagem em acolher e cuidar do cliente ostomizado, corroborando a arte do bom atendimento e motivando os profissionais, estudantes, familiares e outros a desenvolverem ações humanizadas com o objetivo de aprender e ensinar o cuidado e/ou autocuidado.

Para tal, foi efetuada uma revisão da literatura que deu especial enfoque às alterações fisiológicas, psico-emocionais e sociais que ocorrem após a intervenção, em relação aos quais, é essencial que a pessoa se re-estruture, no sentido de manter sua integridade. O suporte familiar e o atendimento profissional personalizado são indispensáveis na adaptação da pessoa à sua nova condição Almeida (2007).

Já, segundo Giordani (2008), esse tipo de pesquisa é oportuno em todos os sentidos, pois o mundo atual carece de procedimentos humanos adequados, em especial na área da Saúde, onde as relações interpessoais, a comunicação e o olhar voltado às necessidades do outro, contribuem para humanizar a prática de Enfermagem.

Nessa pesquisa, as consultas e análises de diversas publicações em português, inglês e espanhol tiveram como principais fontes livros, artigos científicos, teses, dissertações, anais, resumos e outros textos eletrônicos disponíveis na *Internet*, dando-se preferência aos trabalhos disponibilizados em sites governamentais e com no máximo nove anos de publicação, tendo compreendido basicamente as seguintes etapas: levantamento, seleção, leitura e análise de referências bibliográficas para posterior redação do texto.

4. REVISÃO DA LITERATURA

▪ OSTOMIAS E ASPECTOS HISTÓRICOS

Segundo a literatura estudada, as palavras ostomia, ostoma, estoma ou estomia são de origem grega, e conseqüentemente, uma pessoa ostomizada é aquela submetida a uma cirurgia que resultará na confecção de um ostoma, o qual consiste em uma abertura artificial na parede abdominal para exteriorização de um segmento do intestino que eliminará fezes coletadas em dispositivo aderido ao abdômen, (Anexo 1) (DELAY, 2007)

Sendo assim, pode-se afirmar que a técnica de ostomia consiste na abertura de um órgão oco, por meio de ato cirúrgico, formando uma boca, que passa a ter contato com o meio externo abdome para eliminações de secreções dejetos, fezes e/ou urina (GEMELLI; ZAGO, 2005, apud DELAY, 2007).

Historicamente, as primeiras cirurgias abdominais, relatadas através de escritos de *Aurelianus Caelius*, aconteceram em torno do ano de 300 a.C. e foram realizadas por *Praxágoras*, na elaboração das primeiras ileostomias. Já no século XVI, *Paracelsus* realiza intervenções cirúrgicas em intestinos traumatizados (CESARETTI, 2005). Ainda, a autora comenta serem vários os relatos na literatura sobre a primeira ostomia intestinal. Entretanto, em 1930, *McBurney* exteriorizou a ileostomia separadamente da ferida cirúrgica, e também neste período, ocorreu a primeira tentativa de confecção de uma bolsa coletora para ostomia intestinal, elaborada por *Alfred A. Strauss*, de Chicago, sendo o modelo melhorado por *Koenig*, ileostomizado e estudante de química.

Em 1940, este equipamento de borracha aderente que cobria o ostoma e impedia vazamento ficou conhecido como Bolsa de *Strauss Koenig Rutzen*, com boa aceitação no mercado. O marco no desenvolvimento da área de ostomias em cirurgia acontece em 1950, por *Turnbull*, em *Cheveland*, e *Brooke*, em *Londres*, que estimulou a busca de novas técnicas cirúrgicas objetivando a continência para todos os tipos de ostomias.

De acordo com *Cesaretti* (2005, p. 04):

No campo dos dispositivos coletores, talvez o maior avanço para o desenvolvimento tecnológico daquele atualmente utilizados tenha sido a “descoberta acidental” do pó de *Karaya* por *Turnbull*, em 1952. A *Karaya*, goma com poder absorvente, extraída de uma árvore existente na Índia, após utilizada em vários dos clientes de *Turnbull*, mostrou excelentes resultados, levando-o a contatar *Leonard Fenton*, que pudesse ser utilizada na fase pós-operatória. Estava “instituída”, assim, a primeira barreira protetora de pele periestoma, revolucionando o cuidado de ostomizados.

Atualmente, a placa, pó e pasta são resinas sintéticas constituídas de gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica, mais o excipiente, sua matriz adesiva, é formada de polímeros elastômeros, que promovem resistência e proteção eficaz à pele periestoma contra a ação do efluente, mantendo as condições fisiológicas da pele em termos de pH, temperatura e umidade, com presença de baixo potencial alergênico e ação cicatrizante. Sabe-se também que estas placas têm maior adesividade, durabilidade, permanecendo mais tempo afixada à pele periestoma **(Anexo 2)**.

Promove a regeneração de lesões na pele. A resina em forma de pasta é usada para preencher irregularidades em periestoma, como dobras, protusões e outros; em pó absorve a umidade da pele escoriada, com isto, contribui para melhor fixar o sistema coletor, protegendo o local. A resina mista é composta da associação da resina sintética (carboximetilcelulose) à resina natural chamada *Karaya*¹, a qual tem ação cicatrizante interagindo os efeitos de resistências fisiológicas ao calor, sendo também cicatrizante.

As bolsas apresentam características especiais como: apresentação, plástico, barreira de pele, adesivo e protetor cutâneo. São apresentadas no sistema duas e uma peça, em duas categorias: aberta ou drenável ou fechada.

O fabricante orienta o limite de recorte do diâmetro interno da placa, considerando a distância entre este e a flange, de pelo menos 0,5 cm a fim de promover segurança do sistema. Todas as bolsas fechadas são fabricadas com filtro de carvão ativado, que permite a eliminação dos gases sem odor.

A indicação do equipamento está relacionada às características e necessidades individualizadas do cliente ostomizado. As bolsas coletoras transparentes e opacas são diferentes apenas em termos de visualização do ostoma e efluente eliminado. Entretanto, indica-se o uso da bolsa transparente no pós-operatório. cintos elásticos, presilhas, guias de mensuração, filtro de carvão ativado,

¹ Um polissacarídeo complexo obtido de uma árvore hindu.

sistema ocluser da colostomia e outros, são considerados produtos acessórios. A evolução técnica do cuidado dos ostomas somada a uma avançada tecnologia facilita o autocuidado, melhorar a qualidade de vida e promover o bem-estar do indivíduo ostomizado.

A formação específica de profissionais é fundamental para a assistência ao ostomizado. Para suprir esta lacuna, surgiu na década de 50, nos Estados Unidos, a estomoterapia. A estomoterapia é uma especialidade estabelecida para a Enfermagem pelo *World Council of Enterostomal Therapists*, a partir de 1980.

O estomoterapeuta é o enfermeiro com conhecimento, treinamento e habilidade para prestar cuidados aos ostomizados (colon, íleo e urostomizado), portadores de fistula, feridas crônicas e agudas e incontinência urinária e fecal. A formação do estomoterapeuta está regulamentada pela *International Association for Enterostomal Therapy* (ZAGO et al., 2002).

Na década de 1950, ocorreu também as preocupações com o cuidado direcionado ao ostomizado, surgindo as Associações de Ostomizados, atividade esta reconhecida como Estomoterapia. O mesmo Turnbull conseguiu enxergar o ostomizado, além da técnica cirúrgica, identificava-o como um ser humano que necessita de instruções e autocuidado, motivando-o ao convidar para desenvolver um trabalho de orientação aos ostomizados, com uma de suas clientes, Norma Gill, ileostomizada após uma retocolite ulcerativa, que demonstrava interesse em ajudar outros ostomizados em suas necessidades.

Em 1958, Turnbull a contratou como técnica em ostomia em sua clínica em *Cleveland*, que se tornou um centro de treinamento até 1961, quando foi oferecido o primeiro curso oficial no mundo, por Norma Gill e Turnbull, com ênfase nos aspectos práticos. A primeira organização de estomoterapeutas, constituiu-se em 1968 por sugestão de Turnbull e Norma Gill, a *American Association of Enterostomal Therapists*, em 1971, *International Association for Enterostomal Therapy* e em 1978 por estímulo e liderança de Norma Gill, foi efetivado a criação do *World Council of Enterostomal Therapists: na association of nurses*, que tem como objetivo promover a identidade da estomoterapia no mundo (CESARETTI, 2005).

Com o passar dos anos, foram desenvolvidos novos cursos, inclusive em outros países. Segundo Cesaretti (2005), no Brasil a estomoterapia foi oficializada com a implantação do Curso de Especialização em Enfermagem em

Estomoterapia, através da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 1990. Outro marco na história da estomoterapia brasileira, foi a fundação da Sociedade Brasileira de Estomoterapia em 1992, paralelamente segue o movimento das associações de ostomizados, fortalecida pela criação da Sociedade Brasileira de Ostomizados na década de 1980, hoje com a denominação de Associação Brasileira de Ostomizados. Neste contexto pode-se observar a importância da Enfermagem na história do ostomizado.

Por sua vez, Waldow apud Giordani (2008, p.48) afirma que:

Na Enfermagem tradicional, até há poucos anos o cuidado consistia em conhecer e desempenhar técnicas e procedimentos. Ações eram realizadas em função da terapêutica médica e o tratamento em geral. Para tal privilegiavam-se objetos, instrumentos e materiais utilizados em algum ponto do corpo do cliente, o qual raras vezes era visto como um ser humano e, por isso mesmo era tratado com distanciamento. Na verdade, o enfermeiro centrado em tarefas, realizava procedimentos e não cuidava. Mas, lenta e continuamente, a pessoa foi incluída nesse processo de cuidar tornando-se o exercício da Enfermagem objeto e finalidade de sua existência. Entretanto, essa inclusão careceu de um embasamento capaz de justificar e dar suporte às ações consideradas, até então, não científicas.

Atualmente, a Sociedade Brasileira de Estomoterapia, é referência em relação às faculdades que são referendadas a oferecer o Curso de Especialização em Estomoterapia.

4.1 Fatores de risco, indicações e características do ostoma

O câncer de cólon, reto, bexiga, também nos casos de traumas, doenças congênitas e doenças inflamatórias no intestino, conduz o indivíduo, na maioria das vezes, a ser submetido ao ato cirúrgico, muitos com a necessidade de algum tipo de ostomia.

As indicações para um ostoma intestinal podem ser classificadas quanto à finalidade, urgência e duração. Quanto à *finalidade*, podem ser realizadas para fins de alimentação; descompressão de uma obstrução aguda, crônica, congênita ou adquirida; para proteção de anastomose; em caso de desvio total da corrente total em perfurações potenciais por doença intestinal inflamatória, tumor, fístula, traumatismo, por incontinência anal e como medida diagnóstica. Já, quanto à *urgência*, pode ser em caso de situações de emergência; cirurgia eletiva e mesmo acidental. Quanto à

cronologia, pode ser *temporária*. Conforme o próprio nome diz, por um determinado período de tempo, o qual pode ser meses até anos e, *definitiva*. Terá que conviver por tempo indeterminado, ou seja, em quanto viver (DELAY, 2007, p. 20).

As características do ostoma normal: coloração rosa-vermelhada, úmido, sangra ligeiramente quando friccionado, sem sensação ao toque, as fezes são eliminadas involuntariamente e o edema pós-operatório gradativamente diminui durante vários meses. Os ostomas são classificados como: ostoma terminal, ostoma de canal duplo e ostoma em alça (Anexo 3) (NETTINA, 2007).

4.2 Tipos de ostomas

Para Cesaretti (2005), *jejunostomia* e *gastrostomia* é a construção de uma abertura na região abdominal com finalidade de fornecer alimentação ao cliente e é indicada nos casos de: malformação congênita, fístulas, problemas obstrutivos, ingestão de substâncias abrasivas, neoplasias, transtornos da deglutição e perfuração esofágica. Para o mesmo autor, *ileostomia* é descrita como sendo uma abertura artificial do intestino delgado na parede abdominal. Sua indicação é em casos de patologias inflamatórias, do intestino delgado e grosso como os pólipos, tumores, amebíase, enterocolites, Doença de Crohn, colites ulcerativas, megacólon, proctite, infecções, perineais graves e colite isquêmica entre outras.

De acordo com Nettina (2007), *colostomia* é exteriorização do cólon através da parede abdominal, com o objetivo de criar uma saída artificial para o conteúdo fecal. Suas indicações ocorrem nas neoplasias de reto, carcinoma epidermóide, prolápio retal, lesões traumáticas anais e retais, lesões medulares e nas neoplasias reto-sigmóides não ressecadas. As colostomias temporárias são indicadas nos casos de obstruções intestinais devido a problema como o câncer de cólon esquerdo e reto, diverticulite e malformações congênitas.

Os autores referenciados acima descrevem que as derivações urinárias mais utilizadas são: pielostomia cutânea, ureterostomia cutânea e vesicostomia, as quais permitem a descompressão do trato urinário, bem como a

melhor recuperação da função e crescimento dos rins. Em relação aos tipos de *urostomias*, os autores apontam que a pielostomia cutânea oferece uma drenagem direta do trato urinário; ureterostomia cutânea é indicada quando o trato urinário muito dilatado e mal drenado; vesicostomia, indicada em casos de bexiga neurogênica principalmente, pela dificuldade de aderência das bolsas coletoras à pele devido à dobra do abdome nessa região.

▪ **CUIDADOS DE ENFERMAGEM A OSTOMIZADOS**

4.3 Ações humanizadas que valorizam o acolhimento

Várias são as causas que levam à realização de um ostoma, como descrito anteriormente e dependendo da etiologia o cirurgião determina a realização de uma ostomia temporária ou definitiva. Observa-se que na maioria das vezes o indivíduo não é informado da possibilidade de adquirir um ostoma após o ato cirúrgico. De forma que se torna ainda mais difícil a aceitação de ser ostomizado.

Termo este, que o cliente não tem conhecimento e que gera medo, conflito e insegurança. Neste momento, é que se ressalta a importância do profissional enfermeiro, em acolher o ostomizado nas suas necessidades, de forma individualizada.

De acordo com Hoga (2004, p. 15),

No âmbito da humanização do cuidado, considera-se pertinente oferecer orientação prévia relativa à necessidade do procedimento, esclarecendo sobre a intensidade da dor ou desconforto, adoção de alguma abordagem verbal ou corporal com a intenção de prepará-lo para o procedimento, buscando também, a diminuição de sua contratatura muscular e fragilidade emocional.

A experiência tem mostrado que o cliente bem informado tende a se sentir mais seguro e colaborar no processo de cuidar. Isso implica que o profissional de Saúde lhe passe informações corretas e seguras sobre seu tratamento e sobre os procedimentos e exames a que será submetido. Em caso de internação, a família também deve ser esclarecida sobre os acontecimentos de modo a se sentir menos

angustiada e ansiosa, para compreender a real situação e prestar o necessário apoio ao parente enfermo.

Enxergar as angústias e ansiedades do cliente e da família faz parte de um atendimento/ acolhimento de qualidade, humanizado, portanto, os profissionais de Saúde devem saber conduzir situações de estresse e sofrimento contribuindo para amenizá-las pela atenção cordial e responsável, dirimindo dúvidas de forma clara e respeitosa para todos (GIORDANI, 2008).

Esse entendimento aproxima-se do que Silva Junior e Mascarenhas (2004) denominam de acolhimento como postura, que pressupõe uma atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os ostomizados e suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse.

De acordo com Bellato (2007), o enfermeiro deve estar em condições de oferecer a esses clientes um cuidado que tenha por meta a integralidade da atenção em saúde. Os números de clientes ostomizados estão aumentando no mundo e nenhum país está imune ao impacto causado, o que representa um sério desafio para os atuais sistemas de saúde, no que se refere à eficiência e efetividade das ações a elas voltadas, desafiando nossas capacidades em organizar sistemas que supram as demandas iminentes.

Por sua vez os serviços de saúde devem estar organizados para acolher, assistir e apoiar estes clientes e suas famílias em suas múltiplas necessidades, sendo que os profissionais de saúde precisam ser capacitados para acolhê-los de maneira eficiente na busca por solução para seus problemas.

Desse modo, entendemos, conforme Teixeira (2007), que o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas conteúdo de toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos ostomizados e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em encaminhamento, deslocamento e trânsitos pela rede assistencial.

As instituições de saúde que oferecem serviços e/ou são referência ao cliente ostomizado devem investir na sensibilização para ações educativas, proporcionadas pelo enfermeiro especialista e/ou que trabalha com o cliente ostomizado, afim de promover ações da atenção em saúde ao ostomizado que faça a diferença. Neste sentido, toda a equipe deve deter o conhecimento de como

abordar, cuidar e gerar vínculo com o cliente ostomizado, no pré e principalmente no pós-operatório, quando este se encontra extremamente sensibilizado.

Na busca de informações sobre ostoma e ostomizados, foi possível conhecer o Programa de Assistência a Clientes Ostomizados no Hospital Regional de Assis. Trata-se de um serviço de referência para toda a região e uma vez por semana, há uma equipe multidisciplinar que atende clientes ostomizados cadastrados no programa, independente de terem ou não encaminhamento de serviços públicos ou privados.

O enfoque deste programa é apoiar profissionais da área da saúde e/ou ostomizados e esclarecer as dúvidas relacionadas ao ostoma, seja ela sobre: a alimentação, autocuidado, troca de equipamento, complicações com o estoma, vida social, aspectos psicológicos e outros.

Entretanto, o acolhimento é realizado pela equipe de Enfermagem do setor e as orientações sobre o autocuidado, são da competência do enfermeiro, nele está centrado todo o processo de trabalho valorizando a humanização em ensinar o cliente ostomizado a adquirir segurança para ser independente dos cuidados realizados com a higiene do estoma por outras pessoas, como também socializar diretrizes no convívio social.

4.4 Importância do cuidado

Cuidado, é uma forma de relacionar-se com alguém onde nasce e cresce uma confiança mútua estimulando um relacionamento forte e de qualidade (WALDOW, 2005).

Segundo Mendes (2000), a atitude de cuidar abraça, além da atenção, o zelo e o desvelo. Institui-se, funda-se o cuidar no serviço, na preocupação, no acolhimento, na responsabilização e na envoltura dedicada e afetiva com o ostomizado.

A ostomização para uma pessoa representa uma agressão a sua integridade com severas repercussões em relação a sua imagem corporal e ao seu autoconceito. É uma situação produtora de desequilíbrios psíquicos através da ruptura da estrutura do "eu" (DELAY, 2007).

Em especial, nas ações de Enfermagem relacionadas com a higienização e troca do equipamento realizado pelo cliente ostomizado, o enfermeiro deverá exercitar e trocar informações com outros profissionais e com o próprio cliente, na busca do que e como acontece a melhor adaptação do equipamento ao corpo físico do cliente. Torna-se um momento de paciência, interação, descontração, troca de conhecimentos e criatividade centrada na pessoa do enfermeiro, objetivando a forma adequada de adaptar o equipamento e promover o entendimento ao cliente e familiar.

De acordo com Figueiredo e Santos (2004), a ação de cuidar, enquanto essência da Enfermagem pode ser perfeitamente evidenciada na idéia central que integra acontecimentos históricos da profissão tal como *Florence Nightingale* a definiu: uma arte, um modo próprio de cuidar realizada por um profissional com um jeito especial de ser, uma prática restauradora fundamentada no ambiente, e também uma ciência. A par da evolução na Enfermagem, constata-se que apesar do enfoque na assistência de Enfermagem humanizada, com referencial ao ostomizado, é fato que vale a pena ressaltar a importância da integralidade no cuidado, com ênfase no cliente como um todo e não só o ostoma, é importante ter em mente que as estruturas sociais e as relações de poder dentro do sistema em que o enfermeiro e sua equipe trabalham influenciam, e muito, as formas e o significado de cuidar.

Aliás, de acordo com Rubo e Prado (2003), a Enfermagem, enquanto equipe, deve reunir o máximo de conhecimento e informações sobre cliente e família, visando à assistência criteriosamente supervisionada pelo enfermeiro. As necessidades de cada pessoa devem estar em pauta no planejamento diário de uma assistência individualizada, levando-se em conta questões objetivas e subjetivas que permeiam o enfermo e a enfermidade.

Rumo ao desafio do cuidado integral, Teixeira (2006, p. 360) fala em novos tempos e novas perspectivas ao cuidado. Assim, para esse autor

O cuidado passa a ser visto como uma dimensão essencial da integralidade, possibilitando uma ampliação do olhar e abertura a outras dimensões. O profissional de Saúde tem sido incentivado a refinar melhor sua compreensão do outro enquanto mistério irreduzível e irrevogável, a estabelecer novos vínculos de intersubjetividade, a experimentar a dinâmica da acolhida, da cortesia e da escuta.

No entendimento de Cinimo apud Giordani (2008, p. 36), “saúde subentende cuidado e tratamento, os quais implicam atenção e dedicação ao outro.” Por isso, observa-se que o enfermeiro tem um papel imprescindível na comunicação e interação com o cliente ostomizado e seus familiares, para assim proporcionar ações de Enfermagem humanizadas, de maneira individualizada e direcionada ao autocuidado.

Para Zoboli (2004, p.18) a palavra cuidado:

Aponta sua derivação do latim *cura* (cura), que constitui um sinônimo erudito de cuidado. Na forma mais antiga do latim, a palavra cura escreve-se *coera* e é usada, num contexto de relações de amor e amizade, para expressar uma atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação. Estudos filosóficos indicam outra origem para a palavra, derivando-a de *cogitare-cogitatus* que significa cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação. Como se pode notar, a natureza da palavra cuidado inclui duas significações básicas, intimamente ligadas entre si: a primeira uma atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro e a segunda uma preocupação e inquietação advindas do envolvimento e da ligação afetiva com o outro por parte da pessoa que cuida. Assim, parece que a filosofia da palavra cuidado indica que cuidar é mais que um ato singular; é modo de ser, a forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo com os outros. É um modo de ser no mundo que funda as relações que se estabelecem com as coisas e as pessoas.

Cuidar em Enfermagem consiste em envidar esforços transpessoais de um ser humano para o outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como, na existência. É ainda, ajudar outra pessoa a obter autoconhecimento, controle e auto cura, quando então, um sentido de harmonia interna é restaurada, independentemente de circunstâncias externas (PRADO et al., 2005).

O cuidado humanizado em Enfermagem ao ostomizado, nesta concepção enfatiza o relacionamento interpessoal do enfermeiro com o cliente, estimulando e explorando sua capacidade de colaboração ao autocuidado. No entanto, humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética, ou seja, sem comunicação não há humanização a qual depende da capacidade de falar e ouvir, uma vez que para humanizar é preciso valorizar o diálogo (WOOD, 2007).

Especificamente, em relação à Enfermagem, Bartmann et al. (2005) reforçam a importância da comunicação nesse serviço por permitir um considerável número de informações e facilitar, assim, a avaliação pela associação de fatos, sintomas e características, dando exemplos de manifestações verbais e não-verbais e escritas.

Desde o pré-operatório a Enfermagem deve ter o objetivo de estimular o cliente para o autocuidado. Nesta fase todas as informações a respeito da temática deverão ser oferecidas tanto ao cliente quanto sua família, devido ao fato de ser uma condição desconhecida. É muito importante a anamnese e o exame físico neste período para que os diagnósticos de Enfermagem sejam levantados, implementados e avaliados. Com isso se inicia o processo educativo, reduzindo também o medo do cliente e criando um vínculo enfermeiro/cliente essencial para as fases seguintes. Os cuidados mais específicos do pré-operatório são os testes de sensibilidade a alguns dos componentes dos dispositivos, o preparo do cólon e a demarcação do local de confecção do ostoma. A assistência pós-operatória é dividida em imediata, mediata e tardia. Na imediata a Enfermagem deve monitorar o ostoma visando detectar possíveis complicações, controlar o efluente e avaliar a eficácia do dispositivo colocado.

Os problemas físicos mais urgentes superam os psicológicos em uma etapa inicial na fase pós-operatória, à medida que estes vão se solucionando surgem profundos conflitos, ansiedade e redução preocupante da auto-estima, tornando a pessoa marginalizada, estas alterações precisam ser previstas e trabalhadas junto ao cliente e familiares para que interfira o menos possível no processo reabilitatório (CESARETTI et al., 2005).

4.5 Incentivo ao autocuidado e auto-estima

Neste contexto, o enfermeiro tem habilidades e competência para criar vínculo e iniciar as ações curativas e educativas com o cliente ostomizado e familiar. No primeiro momento, seja ele, o pós-operatório e/ou a primeira vez que este cliente procura o serviço de saúde com atendimento especializado a ostomizados, a comunicação deve atender o grau de entendimento que o momento

possibilita. A partir daí será agendados novos encontros, sejam eles ambulatoriais ou residenciais, que irão fortalecer este vínculo e facilitar o aprendizado do ostomizado e familiar, sendo indicado neste momento o início para estimular e abordar sobre o autocuidado. Para tanto, é necessário o tempo adequado para o cliente ostomizado enfrentar sua nova condição de vida e autocuidar-se.

Corroborando que autocuidado é o conjunto de ações que o ser humano desenvolve consciente e deliberadamente, em seu benefício, no sentido de promover e manter a vida, o bem estar e a saúde (OREN, 2004).

Segundo Oliveira (2006), capacidade de autocuidado significa a habilidade do indivíduo em executar ações que atendam suas necessidades. Entretanto, o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo precisam que a palavra expressa pelo cliente seja reconhecida pelo profissional que o atende que dele cuida.

De qualquer forma a sensibilidade apurada do profissional ajuda a perceber melhor o outro e a mostrar interesse sincero por ele, para então tentar uma interpelação fiel de suas múltiplas mensagens, verbalizadas ou não (DESLANDES, 2004).

A capacidade do indivíduo de aceitar ser ostomizado e realizar o autocuidado, são ações a serem aprendidas e pode surgir algumas dificuldades, que estão interligadas a alguns fatores como idade, experiências de vida, valores, crenças, cultura em que se está inserido, recursos e educação, sendo denominados fatores condicionantes (NORONHA, 2004).

A Enfermagem busca trazer contribuições para o cuidado e autocuidado de clientes com ostomia, particularmente no que se refere a compreendê-la como uma condição de vida (BELLATO, 2007).

O processo de cuidar pressupõe estabelecer uma relação solidária com aquele que é cuidado, importar-se com ele, compreendê-lo em suas necessidades próprias, respeitar suas limitações e estimular suas potencialidades. Sempre encorajando o cliente ostomizado para que possa realizar o autocuidado.

No pós-operatório mediato o enfermeiro deve estar preparado para ensinar o autocuidado e lidar com as reações do ostomizado que entre outras será a de desinteresse em se autocuidar. Para o ostomizado a qualidade de vida será o alcance máximo de bem estar e autonomia além de sua volta às atividades diárias e de lazer (SILVA; TEIXEIRA, 2003).

Várias são as teorias do cuidar, destacando a Enfermagem que tem como objetivo profissional proporcionar conforto e assistir o indivíduo em suas necessidades básicas promovendo o bem-estar físico e mental (KAMADA, 2007).

A palavra bem-estar físico e mental, similarmente sugere a abordagem nesta pesquisa sobre a imagem corporal, auto-estima e autoconceito: social/ subjetivo.

Para Cesaretti et al.,(2005), existem diferentes nomenclaturas para elementos iguais os semelhantes na constituição da imagem corporal, é através dela que o indivíduo mantém um equilíbrio interno enquanto interage com o mundo, uma vez que ela que lhe proporciona o senso de identidade e influencia na habilidade e no desempenho. Essa interação entre o subjetivo e o social faz com que o indivíduo/ostomizado sinta o seu corpo de maneira semelhante àquela que todos percebem, porém, contrária à realidade vivenciada.

Relacionado à imagem corporal encontra-se o autoconceito, definido como imagem do eu, a concepção que o sujeito elabora de si mesmo a partir de seus relacionamentos com os outros. É extremamente estável, já que as pessoas passam a vida redescobrimo-se.

A autora acima (2005, p. 94) menciona quatro componentes da auto-estima, a saber:

Poder, como a habilidade em controlar os fatos, a vida e o próprio corpo e influenciar os outros; Significado, que abrange o senso de ser aceito, amado, respeitado, valorizado e assistido por outros significativos; Virtude, como eixo condutor das percepções de acordo com valores pessoais, morais e éticos; Competência, ou seja, habilidade em atuar com sucesso ou atingir expectativas próprias e dos outros.

Assim o ostomizado, vivencia ter um corpo esteticamente diferente dos outros, gerando incapacidades e impossibilidades corporais de independência e produtividade, intervindos no prazer social, emocional, espiritual, físico e sexual, provocando-lhe sentimentos discriminatórios por parte da sociedade. É o estigma (CESARETTI et al., 2005).

A Enfermagem como um elemento mediador relacionado ao cliente ostomizado, tem que aprender a lidar com as diversas respostas ou comportamentos elaborado pelo ostomizado na consulta de Enfermagem, referente ao: medo, depressão, a ansiedade, a curiosidade, irritabilidade, descaso, timidez, vergonha, a

retração, o embaraço, a agressividade, a idade (idoso) e outros sentimentos ou atitudes podem se manifestar e dificultar o relacionamento e conseqüentemente a comunicação.

Afirma-se que o costume sobre as práticas de saúde, os valores e as percepções do ostomizado em relação à doença e ao autocuidado são diferentes daqueles pensados pelos profissionais da Saúde, já que são dois grupos socioculturais, lingüísticos e psicológicos distintos. Para a equipe de Enfermagem, se faz necessário conhecer e considerar as práticas populares de saúde relacionadas ao cliente ostomizado para uma maior efetividade e resolutividade do atendimento e até como mais uma opção de autocuidado que podemos discutir e oferecer a esta clientela.

O significado de saúde e a característica como cada pessoa enfrenta a doença, tem origem nas experiências pessoais e, essas, estão relacionadas diretamente com suas crenças e valores formados ao decorrer da vida (ATAÍDE et al., 2009). Ainda, de acordo com os autores, sabe-se que a educação é um dos pontos fundamentais na vida do ostomizado, sendo também necessária a motivação do indivíduo para a aquisição de novos conhecimentos e para o desenvolvimento das habilidades nas mudanças de hábitos.

4.6 Apoio familiar/ reabilitação e ajustamento social

O cuidado humano consiste em uma forma de viver, de ser, de se expressar Waldow apud Giordani (2008). A reabilitação do ostomizado requer uma abordagem interdisciplinar que propicie a ele e sua família segurança, aceitação, oportunidade para esclarecimentos e tomada de decisões.

Conseqüente a reabilitação estará na melhoria da qualidade de vida, onde se terá organizado metas, repriorizado a vida e revistos valores, como forma de integração de vivência da ostomia na vida do indivíduo e familiares (SILVA et al., 2001).

A reabilitação é meta principal da equipe que assiste ao ostomizado, seu alcance significa inseri-lo novamente na sociedade, identificando e ultrapassando os obstáculos que impedem sua adaptação. Reações de ansiedade,

agressividade, regressão, depressão, melancolia são percebidas em diferentes graus e o indivíduo fixa a idéia de que nunca mais terá uma vida normal mesmo sabendo que a ostomia aliviará sua enfermidade (SILVA; TEIXEIRA, 2003).

Os profissionais de Saúde precisam estar preparados para o atendimento da pessoa ostomizada e a família. Dentro da equipe multiprofissional o enfermeiro desempenha papel fundamental no cuidado deste cliente, pois ele está presente em todos os serviços de saúde desde unidades básicas até os de maior complexidade. Assim, acreditamos no “cuidado”... de forma humanística, priorizando a ação de cuidar voltada para a pessoa, o meio ambiente e não somente centrada em procedimentos, patologias ou problemas. Inter-relacionar a Enfermagem com a ação do cuidar, o cuidado e a tecnologia, para o ostomizado, engloba a percepção do ser humano, como pessoa com seus valores, crenças e experiências (SILVA et al., 2005).

O enfermeiro no processo reabilitatório é classificado como educador, conselheiro e coordenador da assistência. Como educador o enfermeiro age principalmente no pós-operatório ensinando ao cliente como modificar suas ações e readaptar-se à nova condição através de materiais didáticos ou informalmente durante a assistência.

No papel de conselheiro o enfermeiro dá ao cliente suporte emocional, tentando, apoiando em seu conhecimento, motivá-lo e amenizar os problemas que estão impedindo a reabilitação, esse contato com o profissional proporciona confiança no cliente facilitando a verbalização de suas dificuldades. Na coordenação do cuidado, como o próprio nome sugere, ele planeja a assistência, organiza e utiliza da melhor forma possível, os recursos disponíveis com flexibilidade e continuidade. Possuindo estes três papéis o enfermeiro está também capacitado a atuar junto à família do ostomizado que tem grande influência na reabilitação do mesmo e tanto quanto ele necessita da assistência de Enfermagem. Uma equipe de Enfermagem que passa pela educação continuada terá melhores condições de atender seus clientes (MATHEUS et al., 2004).

A Enfermagem muito tem se desenvolvido no processo de cuidar, acreditando que é a arte e a ciência de cuidar, ou seja, “é gente que cuida de gente”. Na verdade, cuidar é muito mais que um ato, é uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro, exigindo

compromisso dos profissionais enfermeiros para com o semelhante (SAWADA et al., 2002, p. 03).

Apesar dos trabalhos desenvolvidos e da globalização, a ostomia ainda é pouco conhecida pela sociedade, entretanto só associamos ostomia a enfermidade, quando deparamos com ela em nossa família ou passamos a ser um ostomizado. O desconhecimento promove reações de espanto, piedade, repulsa e não aceitação da condição. O apoio familiar é primordial na recuperação e aceitação da condição de vida em que este indivíduo estará inserido.

De acordo com Cesaretti et al. (2005), a família é o primeiro grupo social que o cliente tem acesso, e este relacionamento deve reforçar a importância do ostomizados nas atividades desenvolvidas, não poupá-lo de exercê-las, levando o mesmo a se sentir dependente ou deficiente, proporcionando-lhe autoconfiança e o bom desempenho do seu papel.

Os ostomizados, desde a publicação da Lei 5296 de 02 de dezembro de 2004, são considerados pessoas com deficiência. Nessa Lei, eles estão enquadrados na categoria “deficiência física”, conforme previsto em seu Artigo 5º, parágrafo 1º, letra a. Isso significa que todas as entidades e instituições públicas ou privadas do país estão obrigadas a respeitar a legislação brasileira, os direitos das pessoas com deficiência e, também, os direitos das pessoas ostomizadas (Anexo 6).

Segundo Cesaretti (2005, p.284):

O afastamento compulsório do trabalho, forma travestida de rejeição social, desencadeia a doença neurótica, pois contraria a necessidade sociológica de exercer a atividade laborativa. A ruptura de seus contatos e a rejeição pelo seu grupo torna-no vulnerável, infeliz e presa fácil do sentimento de tédio, solidão, inutilidade e desamor, podendo inclusive motivar ou reativar tendências de autodestruição.

A Associação Brasileira de Ostomizados realiza vários movimentos políticos e de conhecimento científico com a população ostomizada, e com profissionais que se empenham em assegurar ao ostomizado uma assistência digna, mesmo com as dificuldades encontradas na sociedade, a luta pelos direitos continua. A autodeterminação, a individualização, o não julgamento e a aceitação são os princípios básicos da ação profissional (CESARETTI et al., 2005).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito se tem tratado na saúde, e particularmente na Enfermagem, sobre a assistência com qualidade ao ostomizado, acredita-se que para efetivar esta ação, em especial o enfermeiro, deverá estar familiarizado com as alterações advindas da ostomização para o indivíduo e sua família. Este entendimento engloba: atitudes de comprometimento em escutar e assistir os ostomizados de forma humanizada, contemplando suas necessidades no presente momento; fazer planos futuros; respeitar seu modo de vida, suas crenças, seus valores; auxiliar o enfrentamento das várias fases a serem vividas; estimular os familiares a promoverem um ambiente que fortaleça a imagem corporal, a auto-estima e o bem-estar social, psíquico e mental; possibilitar a prática educativa, através de um relacionamento baseado em trocas entre o saber científico e o popular; ser conselheiro no processo de aceitação as mudanças no modo vida, evidenciando propostas e alternativas relacionadas à qualidade de vida na reabilitação e inserção social (Anexo 5).

Ao concluir este trabalho, percebo que cuidar do cliente ostomizado, implica em ter conhecimento científico, porém o cuidado nos leva além, faz com que através do relacionamento com o indivíduo e sua família o crescimento teórico/prático torna-se enriquecedor e me fez enxergar que esta pesquisa é apenas um ponta pé inicial na minha vivência profissional, e me estimula a buscar mais conhecimentos neste contexto tão amplo e desconhecido por muitas pessoas. Investir nas medidas preventivas, educativas e de pesquisa é uma meta que muitos profissionais deveriam optar, em relação aos ostomizados, porque durante o estudo, é fascinante o desempenho dos ostomizados em buscar alternativas tanto na parte psicológica, como na parte técnica em auxiliar o outro nas suas necessidades.

No que diz respeito a Enfermagem sabe-se que as atribuições dos enfermeiros estomoterapeutas prosseguem atreladas a outras atividades diárias nas

instituições com serviços de referência, entretanto vale a pena ressaltar que são muitas as pesquisas que pressupõe a prática atrelada a humanização do cuidado ao ostomizado.

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. J. dos S; MARTIM, J G; CASCAIS., Ana Felipa Marques Vieira. O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Texto & Contexto – Enfermagem**, vol. 16, número 001, Universidade Federal de Sta Catarina, Florianópolis, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS – ABRASO. Disponível em no site <http://www.abraso.org.br>, acesso em 28/04/2009.

ATAÍDE, M. B. C de; BITTAR, D. B., XAVIER, A T. de F.. Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática, **Texto & Contexto – Enfermagem**, vol.18, nº 01, Florianópolis, jan/mar 2009.

BEDIN, E.; R., BARRETO, R. L. B. M.,: Humanização da assistência de Enfermagem em centro cirúrgico. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 3, 2004

BELLATO. R.; CASTRO, P.; A condição crônica ostomia e as repercussões que traz para a vida da pessoa e sua família. **Cienc.Cuid.Saúde**, 2007.

CAMELO SHH, ANGERAMI ELS, SILVA EM, MISHIMA SM. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no Município de Ribeirão Preto. **Rev Latino Americana de Enfermagem** 2000.

DELAY, D. M. P. V. O Cuidado com o ostomizado: Uma revisão da Literatura. Monografia apresentado à Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel-PR, 2007.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.9, n.1, 2004

FIGUEIREDO, N. M. A de; SANTOS, I dos. Introduzindo a Enfermagem clínica no ambiente terapêutico hospitalar. In: SANTOS, I. dos [et al] **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2004.

GIORDANI, A. T. Humanização da saúde e do cuidado. São Caetano do Sul: Difusão, 2008.

HOGA, L. A. K: A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev. Esc. Enferm. USP**, vol. 38, n. 1, São Paulo, mar. 2004.

KAWADA I., ALVES E. D., VIEIRA A. B. D. Cuidando do cuidador: percepções e concepções de auxiliares de Enfermagem acerca do cuidado de si. **Texto & Contexto-enferm.**, v.16, n.1, p.01/11 Florianópolis, 2007.

MATHEUS, M. Q.; LEITE S. M. C., DÀZIO, E. M. R. **Compartilhando o cuidado da pessoa ostomizada**, anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária Belo Horizonte, 2004.

MENDES., I. A. C. O resgate do cuidar na Enfermagem – **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, v.8, n 3, p. 1, Ribeirão Preto, 2000.

_____ Liderança da enfermeira na perspectiva da ética pós moderna. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v 53, n.3, p.410-414, 2000.

OLIVEIRA, B. R. G. de; COLLET, N. ; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência à Saúde. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, v.14, n.2, 2006.

PRADO, M. L do, PADILHA, M. I. C. de S.; SARTOR, V. V. de B.; SOUZA M. de L. de. O cuidado em Enfermagem uma aproximação teórica, **Texto & Contexto – Enferm.**, Vol.14, nº 2, Florianópolis, , 2005.

SÁ, A. C. O cuidado do emocional em Enfermagem,. São Paulo: Robe Editorial, 2001.

SAWADA N. O., PUPULIM J. S. L. O cuidado de Enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral – **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, v.10, n 3, Ribeirão Preto, May./June 2002.

SILVA T. de J. do E. S. da, TOCANTINS F. Romijn; BRUM A. K. R. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso – **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.6, 2005.

CESARETTI, I. U. R. ; SANTOS, V. L. C. de G: Assistência em Estomaterapia. Atheneu, 2005.

STUMM, E. M. F.; OLIVEIRA, E. R. A. de; KIRSCHNER, R. M.; Perfil de clientes ostomizados. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, 2008.

SILVA JR. AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, (org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Editora Hucitec; 2004.

SILVEIRA CS, ZAGO M.M.F. Pesquisa brasileira em Enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. **Rev Latino Americana de Enfermagem**, 2006

SILVA L.M.G. Breve reflexão sobre autocuidado no planejamento de alta hospitalar pós-transplante de medula óssea (TMO): relato de caso. **Rev Latino Americana de Enfermagem**, 2001.

TEIXEIRA, E. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003.

VILA, V.S.C.; ROSSI, L.A – O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco ouvido". **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, 2002.

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações – **Rev. Escola. Enfermagem da USP**, vol.38, 2004.

ZAGO M. M. F., GEMELLI L. M. G.. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso – **Rev Latino-am Enfermagem**, 2002, disponível em www.eerp.usp.br/rlaenf acesso em 31/08/2009.

WALDO, R.V., O cuidado na Saúde. As relações entre o eu o outro e o cosmo. Petrópolis: Vozes 2004.

7 ANEXOS

Anexo 1

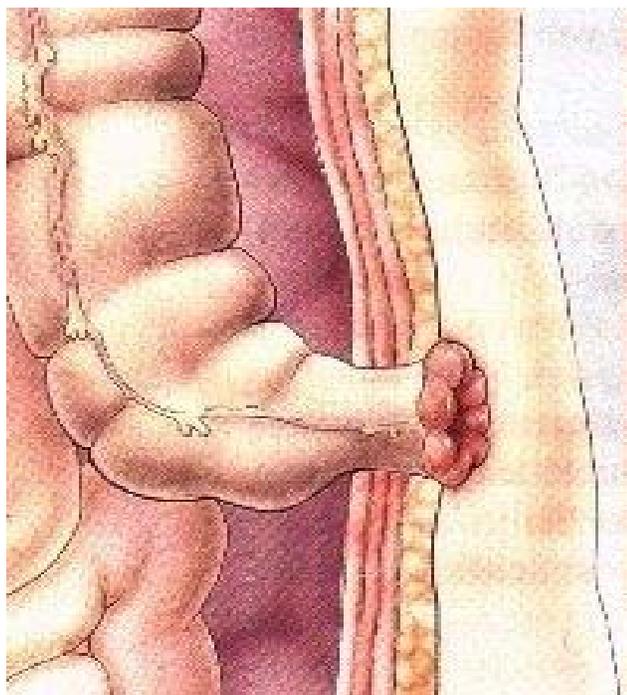


Fig. 1. Osotmia, Crohnistas.blogspot.com.



Fig.2. Adequação da placa ao ostoma, bp2.blogger.com



Fig. 3. Gemma Zanini – Adaptação da bolsa de colostomia, arquivo pessoal 2009.

Anexo 2

Equipamentos



Fig.4. Diversos equipamentos, arquivo pessoal 2009.



Fig. 5. Bolsa recortável de uma peça opaca, arquivo pessoal 2009.



Fig. 6. Bolsa recortável de uma peça – urostomia, arquivo pessoal 2009.



Fig. 7. Bolsa recortável de uma peça com carvão ativado, descartável.
Fonte: Arquivo pessoal 2009.



Fig.8. Bolsa de colostomia/ileostomia, opaca, transparente com placa flexível (duas peças),
Fonte: arquivo pessoal 2009.

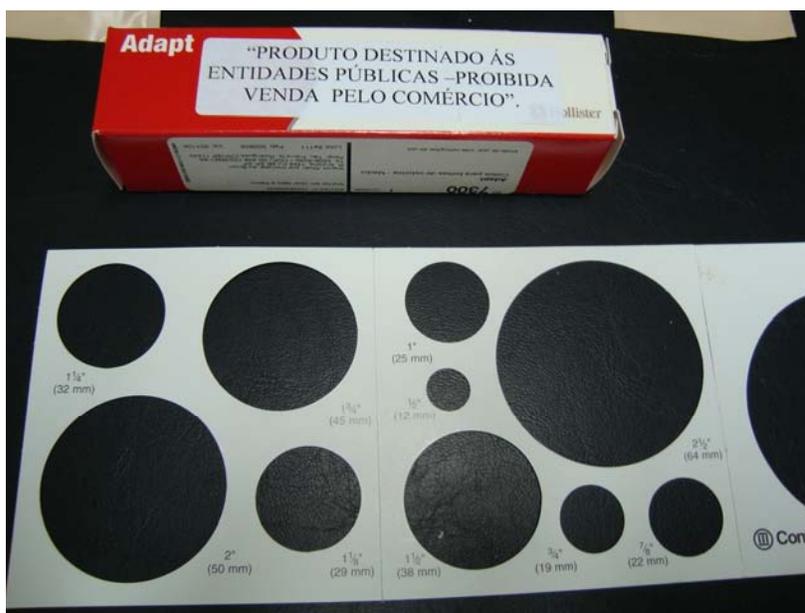


Fig. 9. Régua e protetor cutâneo ou resina sintética,(pasta),
Fonte: arquivo pessoal 2009.

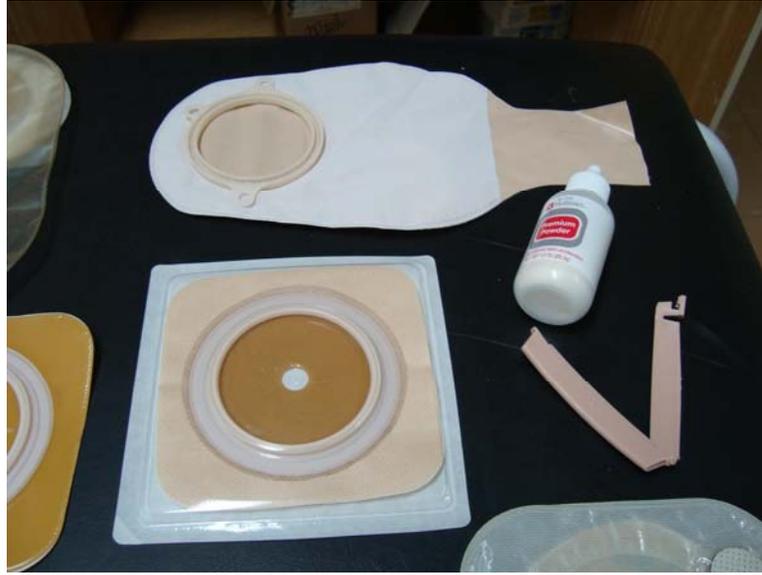


Fig. 10. Presilha, resina sintética em pó.
Fonte: arquivo pessoal 2009.



Fig. 11. Bolsa de colostomia de duas peças com o uso do cinto
Fonte: arquivo pessoal 2009.

Tipos e características de Ostoma Intestinal e Urinário.



Fig.12 – Ileostomia “uma boca” – terminal
Fonte: <http://www.aora.org.br/imagens/ost1.jpg>

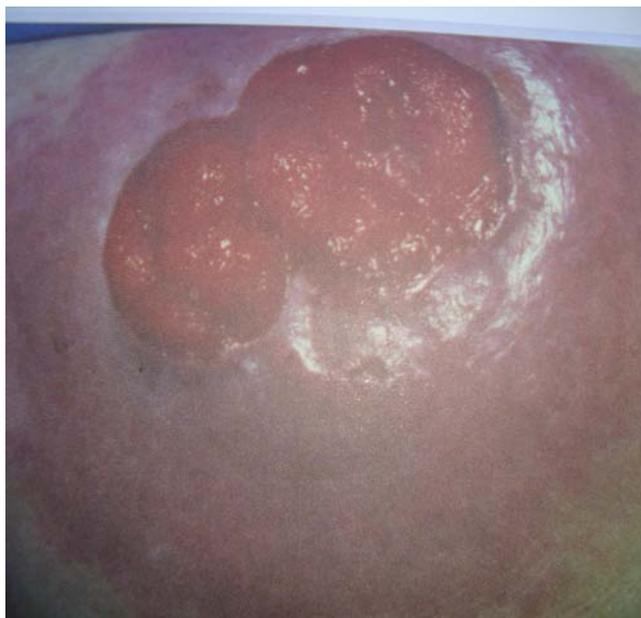


Fig. 13 Colostomia “duas bocas” em alça
Fonte: Cesaretti et al., 2005 pag.240



Fig. 14 Urostomia

Fonte: <http://www.fibracirurgica.com.br/>

Anexo 4

Autocuidado

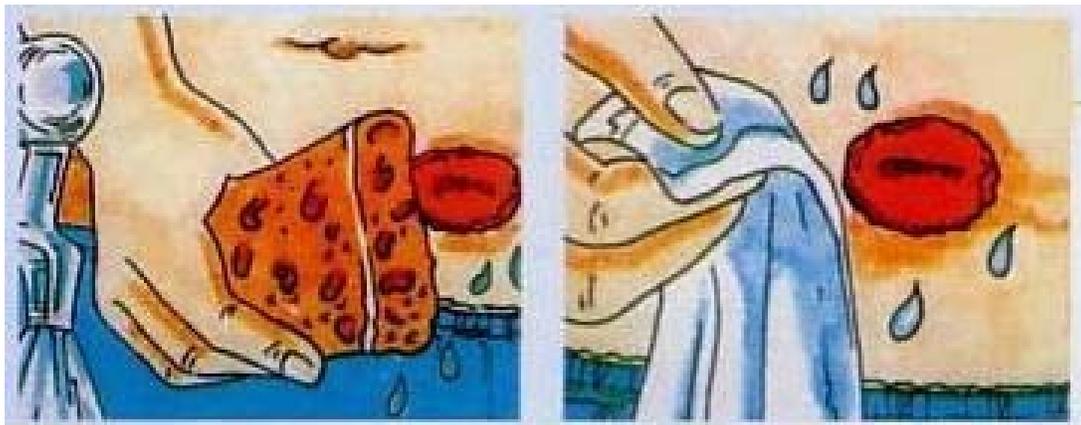


Fig. 15. Remover a placa e promover a limpeza do local da ostomia e pele periestoma, secar suavemente
Fonte: arquivo pessoal 2009.

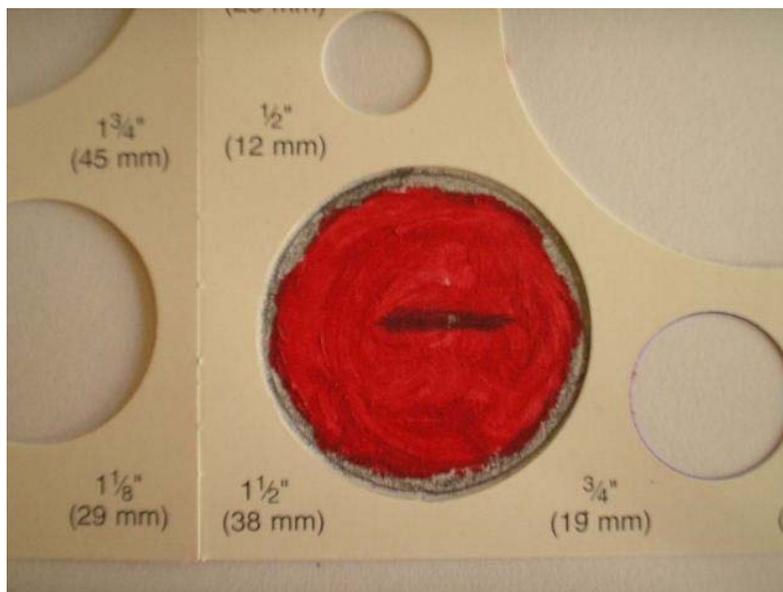


Fig. 16. Medir o ostoma
Fonte: arquivo pessoal 2009.

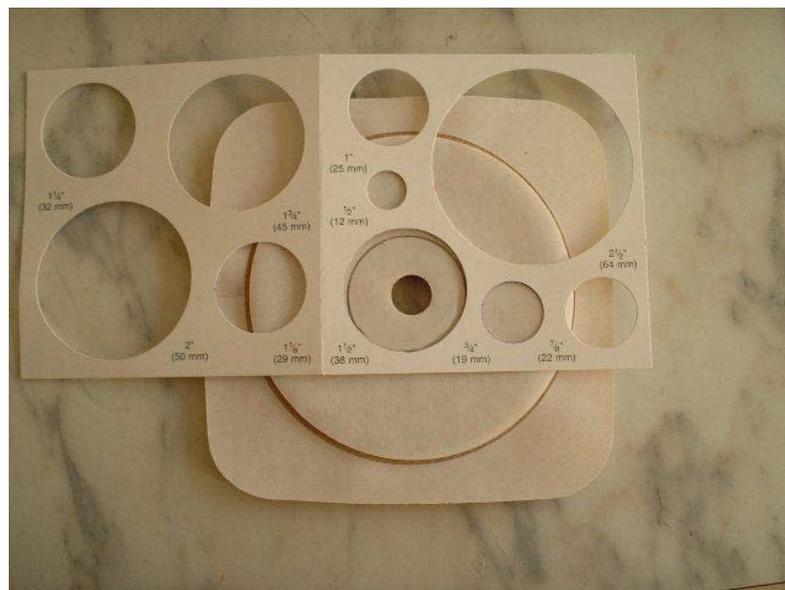


Fig. 17. Modelar o tamanho a placa
Fonte: arquivo pessoal 2009.



Fig. 18. Recortar a placa na media exata do ostoma
Fonte: arquivo pessoal 2009.



Fig. 19 retirar o papel siliconado e aplicar a placa sobre o ostoma
Fonte: arquivo pessoal 2009.



Fig. 20. Acoplar a bolsa na placa, fazendo massagem suavemente
Fonte: arquivo pessoal 2009.

Anexo 5

Relato de um cliente, conforme Cesaretti et al., (2005, p. 110):

O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA OSTOMIZADA PRESSUPÕE A COMPLEMENTARIDADE

A complementaridade se dá em todo o processo de cuidar, completando-se com a família, a pessoa ostomizada, o grupo de ajuda e os profissionais de saúde. Elucidando melhor este princípio, transcrevo o depoimento de uma pessoa ostomizada representante da ACP no grupo de apoio ao ostomizado:

(...) Fiquei uma mulher portadora de colostomia definitiva em 1984, aos 34 anos de idade. Antes dessa condição, trabalhava como consultora de empresa, tendo contatos, predominantemente, com pessoas em grupo, viajava, tinha um parceiro sexual. O diagnóstico me foi dado com muito preparo e informação... Meu primeiro contato com a realidade da colostomia foi quando uma das pessoas que mais me cuidava me levantou da cama, me colocou na poltrona, fiquei tonta porque estava muito tempo acamada e saiu um monte de fezes pela colostomia. Eu olhei e fiquei apavorada, foi a primeira vez que olhei as fezes saindo pela barriga... Em casa, no regresso do hospital, acabei de tomar banho e um susto: eu tava limpinha, cheirosinha, saíram as fezes e eu estava suja de novo. Aí me dei conta: não sei me cuidar não sei o que faço, não sei como lidar com essa situação. Aos poucos fui buscando informação e, com ajuda, fui aprendendo: a retomar meu trabalho, continuando a participar das reuniões em grupo, a viajar, a retomar também minha vida sexual, a rever meus hábitos alimentares, a minha outra forma de vestir, a trocar de bolsa, enfim, me apropriando em meu corpo diferenciado das minhas necessidades, incertezas, e “novidades”. Em 1987 (...) continuei participando dos encontros com as pessoas portadoras de ostomia e percebendo o quanto precisava ser feito na aprendizagem com o cuidar da pessoa portadora de ostomia – havia boa-vontade, disposição e muito pouco conhecimento científico, na época, sobre esses cuidados. Nesse contexto me dei o diploma de “mocinha portadora de colostomia” por que considerava que já sabia tomar conta de mim mesma e que enfrentava com certa habilidade as situações de constrangimento (bolsa que vazava, mau cheiro que passava, volume na bolsa, proveniente dos gases, preconceitos...). Olhando para o passado, fazendo um retrospecto, sinto que fui muito cuidada, às vezes tanto, que houve esquecimento em me instrumentalizar para minha autonomia nessa nova condição. O outro, representado as diversas pessoas que, com carinho e boa-vontade, me cuidaram, fez, na época, o máximo que podia. Porém, como fazer diferença? Melhor? Dos muitos aprendizados que

incorporei e que continuo acolhendo, qual o que destaco? Aquele que conheci na minha pratica de vida como mulher portadora de colostomia (...) se o dicionário da língua portuguesa diz “ cuidar é trabalhar pelos interesses de alguém, é preocupar-se com alguém”, logo, alguém trabalha por alguém. Penso que existem quatro etapas importantes atuando, em cadência, numa proporção simbólica, na aprendizagem do cuidar de alguém, ou seja, do cuidar do outro pelo eu: 1 – o outro cuida do eu – 80/20; 2 – outra instrumentaliza o eu, através do estabelecimento de parceria e o eu aprende a se cuidar 50/50; 3 – eu sabe se cuidar – 80/20; 4 – o outro e o eu compartilhando o cuidar 50/50. Cada etapa tem sua importância, sua cadência e nenhuma é mais importante ou necessária que a outra. O que vai determinar a cadência de cada etapa e sua importância é a individualidade do eu e a do outro no estagio da historia de vida de cada um [...].

Este relato ressalta a importância do processo de continuidade do cuidado, onde aparecem: família, profissionais, grupo de ajuda, imbricados na responsabilidade mútua com vistas ao autocuidado. O autocuidado surge então da complementaridade, é processual, ou seja, apresenta desencadeamento de acontecimentos ligados a componentes determinantes que, segundo Orem, são: a idade, o estado de desenvolvimento, a experiência de vida, a orientação sociocultural, a saúde e os recursos utilizáveis. O autocuidado advém, também, das potencialidades da pessoa em questão, pois ela tem capacidade para aprender e desenvolver-se, sendo que a capacidade de para o autocuidado não é algo inato e sim algo que se aprende. Finalizando, quero registrar que o que foi tratado nesta página ensaia um primeiro estudo, considerando que o tema é complexo para ser tratado, apenas, em um capítulo. Embora fundamentada em alguns autores, a formulação dos princípios está norteadada pela minha pratica de 15 anos de atuação com pessoas ostomizadas, permitindo-me discorrer sobre o assunto. Nesta vivência, passei a desenvolver um referencial que viesse a dar conta do cuidado, sempre embasada em teorizadores desta área. A busca da investigação, a partir das necessidades encontradas na pratica, permite criar-se sustentação valida para a atuação profissional. Este estudo, com certeza, poderá instrumentalizar a pratica do cuidado, na busca de qualidades necessárias ao mesmo, mas, sem dúvida nenhuma, é uma contribuição que esta aberta para acréscimos e reflexões.

Anexo 6

Decreto n° 5296, de 02 de dezembro de 2004

Regulamenta as Leis n°s 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade

O Presidente da República, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto nas Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, DECRETA:

Capítulo I Disposições Preliminares

Art. 1º Este Decreto regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000.

Art. 2º Ficam sujeitos ao cumprimento das disposições deste Decreto, sempre que houver interação com a matéria nele regulamentada:

I - a aprovação de projeto de natureza arquitetônica e urbanística, de comunicação e informação, de transporte coletivo, bem como a execução de qualquer tipo de obra, quando tenham destinação pública ou coletiva;

II - a outorga de concessão, permissão, autorização ou habilitação de qualquer natureza;

III - a aprovação de financiamento de projetos com a utilização de recursos públicos, dentre eles os projetos de natureza arquitetônica e urbanística, os tocantes à comunicação e informação e os referentes ao transporte coletivo, por meio de qualquer instrumento, tais como convênio, acordo, ajuste, contrato ou similar; e

IV - a concessão de aval da União na obtenção de empréstimos e financiamentos internacionais por entes públicos ou privados.

Art. 3º Serão aplicadas sanções administrativas, cíveis e penais cabíveis, previstas em lei, quando não forem observadas as normas deste Decreto.

Art. 4º O Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência, os Conselhos Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, e as organizações representativas de pessoas portadoras de deficiência terão legitimidade para acompanhar e sugerir medidas para o cumprimento dos requisitos estabelecidos neste Decreto.

Capítulo II Do Atendimento Prioritário

Art. 5o Os órgãos da administração pública direta, indireta e fundacional, as empresas prestadoras de serviços públicos e as instituições financeiras deverão dispensar atendimento prioritário às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 1o Considera-se, para os efeitos deste Decreto:

I - pessoa portadora de deficiência, além daquelas previstas na Lei no 10.690, de 16 de junho de 2003, a que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:

deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

b) deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas freqüências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

c) deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60o; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

d) deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

comunicação;

2. cuidado pessoal;

3. habilidades sociais;

4. utilização dos recursos da comunidade;

5. saúde e segurança;

6. habilidades acadêmicas;

7. lazer; e

8. trabalho;

e) deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências; e

II - pessoa com mobilidade reduzida, aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa portadora de deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.

§ 2o O disposto no caput aplica-se, ainda, às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, gestantes, lactantes e pessoas com criança de colo.

§ 3o O acesso prioritário às edificações e serviços das instituições financeiras deve seguir os preceitos estabelecidos neste Decreto e nas normas técnicas de acessibilidade da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT, no que não conflitarem com a Lei no 7.102, de 20 de junho de 1983, observando, ainda, a Resolução do Conselho Monetário Nacional no 2.878, de 26 de julho de 2001.

Art. 6o O atendimento prioritário compreende tratamento diferenciado e atendimento imediato às pessoas de que trata o art. 5o.

§ 1o O tratamento diferenciado inclui, dentre outros:

I - assentos de uso preferencial sinalizados, espaços e instalações acessíveis;

II - mobiliário de recepção e atendimento obrigatoriamente adaptado à altura e à condição física de pessoas em cadeira de rodas, conforme estabelecido nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT;

III - serviços de atendimento para pessoas com deficiência auditiva, prestado por intérpretes ou pessoas capacitadas em Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS e no trato com aquelas que não se comuniquem em LIBRAS, e para pessoas surdocegas, prestado por guias-intérpretes ou pessoas capacitadas neste tipo de atendimento;

IV - pessoal capacitado para prestar atendimento às pessoas com deficiência visual, mental e múltipla, bem como às pessoas idosas;

V - disponibilidade de área especial para embarque e desembarque de pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida;

VI - sinalização ambiental para orientação das pessoas referidas no art. 5o;

VII - divulgação, em lugar visível, do direito de atendimento prioritário das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida;

VIII - admissão de entrada e permanência de cão-guia ou cão-guia de acompanhamento junto de pessoa portadora de deficiência ou de treinador nos locais dispostos no caput do art. 5o, bem como nas demais edificações de uso

público e naquelas de uso coletivo, mediante apresentação da carteira de vacina atualizada do animal; e

IX - a existência de local de atendimento específico para as pessoas referidas no art. 5o.

§ 2o Entende-se por imediato o atendimento prestado às pessoas referidas no art. 5o, antes de qualquer outra, depois de concluído o atendimento que estiver em andamento, observado o disposto no inciso I do parágrafo único do art. 3o da Lei no 10.741, de 1o de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso).

§ 3o Nos serviços de emergência dos estabelecimentos públicos e privados de atendimento à saúde, a prioridade conferida por este Decreto fica condicionada à avaliação médica em face da gravidade dos casos a atender.

§ 4o Os órgãos, empresas e instituições referidos no caput do art. 5o devem possuir, pelo menos, um telefone de atendimento adaptado para comunicação com e por pessoas portadoras de deficiência auditiva.

Art. 7o O atendimento prioritário no âmbito da administração pública federal direta e indireta, bem como das empresas prestadoras de serviços públicos, obedecerá às disposições deste Decreto, além do que estabelece o Decreto no 3.507, de 13 de junho de 2000.

Parágrafo único. Cabe aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal, no âmbito de suas competências, criar instrumentos para a efetiva implantação e o controle do atendimento prioritário referido neste Decreto.

Capítulo III Das Condições Gerais da Acessibilidade

Art. 8o Para os fins de acessibilidade, considera-se:

I - acessibilidade: condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida;

II - barreiras: qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento, a circulação com segurança e a possibilidade de as pessoas se comunicarem ou terem acesso à informação, classificadas em:

a) barreiras urbanísticas: as existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público;

b) barreiras nas edificações: as existentes no entorno e interior das edificações de uso público e coletivo e no entorno e nas áreas internas de uso comum nas edificações de uso privado multifamiliar;

c) barreiras nos transportes: as existentes nos serviços de transportes; e

d) barreiras nas comunicações e informações: qualquer entrave ou obstáculo que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens por intermédio dos dispositivos, meios ou sistemas de comunicação, sejam ou não de massa, bem como aqueles que dificultem ou impossibilitem o acesso à informação;

III - elemento da urbanização: qualquer componente das obras de urbanização, tais como os referentes à pavimentação, saneamento, distribuição de energia elétrica, iluminação pública, abastecimento e distribuição de água, paisagismo e os que materializam as indicações do planejamento urbanístico;

IV - mobiliário urbano: o conjunto de objetos existentes nas vias e espaços públicos, superpostos ou adicionados aos elementos da urbanização ou da edificação, de forma que sua modificação ou traslado não provoque alterações substanciais nestes elementos, tais como semáforos, postes de sinalização e similares, telefones e cabines telefônicas, fontes públicas, lixeiras, toldos, marquises, quiosques e quaisquer outros de natureza análoga;

V - ajuda técnica: os produtos, instrumentos, equipamentos ou tecnologia adaptados ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade da pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida, favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida;

VI - edificações de uso público: aquelas administradas por entidades da administração pública, direta e indireta, ou por empresas prestadoras de serviços públicos e destinadas ao público em geral;

VII - edificações de uso coletivo: aquelas destinadas às atividades de natureza comercial, hoteleira, cultural, esportiva, financeira, turística, recreativa, social, religiosa, educacional, industrial e de saúde, inclusive as edificações de prestação de serviços de atividades da mesma natureza;

VIII - edificações de uso privado: aquelas destinadas à habitação, que podem ser classificadas como unifamiliar ou multifamiliar; e

IX - desenho universal: concepção de espaços, artefatos e produtos que visam atender simultaneamente todas as pessoas, com diferentes características

antropométricas e sensoriais, de forma autônoma, segura e confortável, constituindo-se nos elementos ou soluções que compõem a acessibilidade.

Art. 9º A formulação, implementação e manutenção das ações de acessibilidade atenderão às seguintes premissas básicas:

I - a priorização das necessidades, a programação em cronograma e a reserva de recursos para a implantação das ações; e

II - o planejamento, de forma continuada e articulada, entre os setores envolvidos.

Capítulo

IV

Da Implementação da Acessibilidade Arquitetônica e Urbanística

Seção

I

Das Condições Gerais

Art. 10. A concepção e a implantação dos projetos arquitetônicos e urbanísticos devem atender aos princípios do desenho universal, tendo como referências básicas as normas técnicas de acessibilidade da ABNT, a legislação específica e as regras contidas neste Decreto.

§ 1º Caberá ao Poder Público promover a inclusão de conteúdos temáticos referentes ao desenho universal nas diretrizes curriculares da educação profissional e tecnológica e do ensino superior dos cursos de Engenharia, Arquitetura e correlatos.

§ 2º Os programas e as linhas de pesquisa a serem desenvolvidos com o apoio de organismos públicos de auxílio à pesquisa e de agências de fomento deverão incluir temas voltados para o desenho universal.

Art. 11. A construção, reforma ou ampliação de edificações de uso público ou coletivo, ou a mudança de destinação para estes tipos de edificação, deverão ser executadas de modo que sejam ou se tornem acessíveis à pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 1º As entidades de fiscalização profissional das atividades de Engenharia, Arquitetura e correlatas, ao anotarem a responsabilidade técnica dos projetos, exigirão a responsabilidade profissional declarada do atendimento às regras de acessibilidade previstas nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT, na legislação específica e neste Decreto. § 2º Para a aprovação ou licenciamento ou emissão de certificado de conclusão de projeto arquitetônico ou urbanístico deverá ser atestado o atendimento às regras de acessibilidade previstas nas normas

técnicas de acessibilidade da ABNT, na legislação específica e neste Decreto.

§ 3o O Poder Público, após certificar a acessibilidade de edificação ou serviço, determinará a colocação, em espaços ou locais de ampla visibilidade, do "Símbolo Internacional de Acesso", na forma prevista nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT e na Lei no 7.405, de 12 de novembro de 1985.

Art. 12. Em qualquer intervenção nas vias e logradouros públicos, o Poder Público e as empresas concessionárias responsáveis pela execução das obras e dos serviços garantirão o livre trânsito e a circulação de forma segura das pessoas em geral, especialmente das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, durante e após a sua execução, de acordo com o previsto em normas técnicas de acessibilidade da ABNT, na legislação específica e neste Decreto.

Art. 13. Orientam-se, no que couber, pelas regras previstas nas normas técnicas brasileiras de acessibilidade, na legislação específica, observado o disposto na Lei no 10.257, de 10 de julho de 2001, e neste Decreto:

- I - os Planos Diretores Municipais e Planos Diretores de Transporte e Trânsito elaborados ou atualizados a partir da publicação deste Decreto;
- II - o Código de Obras, Código de Postura, a Lei de Uso e Ocupação do Solo e a Lei do Sistema Viário;
- III - os estudos prévios de impacto de vizinhança;
- IV - as atividades de fiscalização e a imposição de sanções, incluindo a vigilância sanitária e ambiental; e
- V - a previsão orçamentária e os mecanismos tributários e financeiros utilizados em caráter compensatório ou de incentivo.

§ 1o Para concessão de alvará de funcionamento ou sua renovação para qualquer atividade, devem ser observadas e certificadas as regras de acessibilidade previstas neste Decreto e nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

§ 2o Para emissão de carta de "habite-se" ou habilitação equivalente e para sua renovação, quando esta tiver sido emitida anteriormente às exigências de acessibilidade contidas na legislação específica, devem ser observadas e certificadas as regras de acessibilidade previstas neste Decreto e nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

Seção

II

Das Condições Específicas

Art. 14. Na promoção da acessibilidade, serão observadas as regras gerais previstas neste Decreto, complementadas pelas normas técnicas de acessibilidade da ABNT e pelas disposições contidas na legislação dos Estados, Municípios e do Distrito Federal.

Art. 15. No planejamento e na urbanização das vias, praças, dos logradouros, parques e demais espaços de uso público, deverão ser cumpridas as exigências dispostas nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

§ 1º Incluem-se na condição estabelecida no caput:

I - a construção de calçadas para circulação de pedestres ou a adaptação de situações consolidadas;

II - o rebaixamento de calçadas com rampa acessível ou elevação da via para travessia de pedestre em nível; e

III - a instalação de piso tátil direcional e de alerta.

§ 2º Nos casos de adaptação de bens culturais imóveis e de intervenção para regularização urbanística em áreas de assentamentos subnormais, será admitida, em caráter excepcional, faixa de largura menor que o estabelecido nas normas técnicas citadas no caput, desde que haja justificativa baseada em estudo técnico e que o acesso seja viabilizado de outra forma, garantida a melhor técnica possível.

Art. 16. As características do desenho e a instalação do mobiliário urbano devem garantir a aproximação segura e o uso por pessoa portadora de deficiência visual, mental ou auditiva, a aproximação e o alcance visual e manual para as pessoas portadoras de deficiência física, em especial aquelas em cadeira de rodas, e a circulação livre de barreiras, atendendo às condições estabelecidas nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

§ 1º Incluem-se nas condições estabelecida no caput:

I - as marquises, os toldos, elementos de sinalização, luminosos e outros elementos que tenham sua projeção sobre a faixa de circulação de pedestres;

II - as cabines telefônicas e os terminais de auto-atendimento de produtos e serviços;

III - os telefones públicos sem cabine;

IV - a instalação das aberturas, das botoeiras, dos comandos e outros sistemas de acionamento do mobiliário urbano;

V - os demais elementos do mobiliário urbano; VI - o uso do solo urbano para postejamento; e

VII - as espécies vegetais que tenham sua projeção sobre a faixa de circulação de pedestres.

§ 2o A concessionária do Serviço Telefônico Fixo Comutado - STFC, na modalidade Local, deverá assegurar que, no mínimo, dois por cento do total de Telefones de Uso Público - TUPs, sem cabine, com capacidade para originar e receber chamadas locais e de longa distância nacional, bem como, pelo menos, dois por cento do total de TUPs, com capacidade para originar e receber chamadas de longa distância, nacional e internacional, estejam adaptados para o uso de pessoas portadoras de deficiência auditiva e para usuários de cadeiras de rodas, ou conforme estabelecer os Planos Gerais de Metas de Universalização.

§ 3o As botoeiras e demais sistemas de acionamento dos terminais de auto-atendimento de produtos e serviços e outros equipamentos em que haja interação com o público devem estar localizados em altura que possibilite o manuseio por pessoas em cadeira de rodas e possuir mecanismos para utilização autônoma por pessoas portadoras de deficiência visual e auditiva, conforme padrões estabelecidos nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

Art. 17. Os semáforos para pedestres instalados nas vias públicas deverão estar equipados com mecanismo que sirva de guia ou orientação para a travessia de pessoa portadora de deficiência visual ou com mobilidade reduzida em todos os locais onde a intensidade do fluxo de veículos, de pessoas ou a periculosidade na via assim determinarem, bem como mediante solicitação dos interessados.

Art. 18. A construção de edificações de uso privado multifamiliar e a construção, ampliação ou reforma de edificações de uso coletivo devem atender aos preceitos da acessibilidade na interligação de todas as partes de uso comum ou abertas ao público, conforme os padrões das normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

Parágrafo único. Também estão sujeitos ao disposto no caput os acessos, piscinas, andares de recreação, salão de festas e reuniões, saunas e banheiros, quadras esportivas, portarias, estacionamentos e garagens, entre outras partes das áreas internas ou externas de uso comum das edificações de uso privado multifamiliar e das de uso coletivo.

Art. 19. A construção, ampliação ou reforma de edificações de uso público deve garantir, pelo menos, um dos acessos ao seu interior, com comunicação com todas as suas dependências e serviços, livre de barreiras e de obstáculos que impeçam ou dificultem a sua acessibilidade.

§ 1o No caso das edificações de uso público já existentes, terão elas prazo de trinta meses a contar da data de publicação deste Decreto para garantir acessibilidade às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 2o Sempre que houver viabilidade arquitetônica, o Poder Público buscará garantir dotação orçamentária para ampliar o número de acessos nas edificações de uso público a serem construídas, ampliadas ou reformadas.

Art. 20. Na ampliação ou reforma das edificações de uso público ou de uso coletivo, os desníveis das áreas de circulação internas ou externas serão transpostos por meio de rampa ou equipamento eletromecânico de deslocamento vertical, quando não for possível outro acesso mais cômodo para pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida, conforme estabelecido nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

Art. 21. Os balcões de atendimento e as bilheterias em edificação de uso público ou de uso coletivo devem dispor de, pelo menos, uma parte da superfície acessível para atendimento às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, conforme os padrões das normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

Parágrafo único. No caso do exercício do direito de voto, as urnas das seções eleitorais devem ser adequadas ao uso com autonomia pelas pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e estarem instaladas em local de votação plenamente acessível e com estacionamento próximo.

Art. 22. A construção, ampliação ou reforma de edificações de uso público ou de uso coletivo devem dispor de sanitários acessíveis destinados ao uso por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 1o Nas edificações de uso público a serem construídas, os sanitários destinados ao uso por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida serão distribuídos na razão de, no mínimo, uma cabine para cada sexo em cada pavimento da edificação, com entrada independente dos sanitários coletivos, obedecendo às normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

§ 2o Nas edificações de uso público já existentes, terão elas prazo de trinta meses a contar da data de publicação deste Decreto para garantir pelo menos um banheiro acessível por pavimento, com entrada independente, distribuindo-se seus equipamentos e acessórios de modo que possam ser utilizados por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 3o Nas edificações de uso coletivo a serem construídas, ampliadas ou reformadas, onde devem existir banheiros de uso público, os sanitários destinados ao uso por pessoa portadora de deficiência deverão ter entrada independente dos demais e obedecer às normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

§ 4o Nas edificações de uso coletivo já existentes, onde haja banheiros destinados ao uso público, os sanitários preparados para o uso por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida deverão estar localizados nos pavimentos acessíveis, ter entrada independente dos demais sanitários, se houver, e obedecer as normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

Art. 23. Os teatros, cinemas, auditórios, estádios, ginásios de esporte, casas de espetáculos, salas de conferências e similares reservarão, pelo menos, dois por cento da lotação do estabelecimento para pessoas em cadeira de rodas, distribuídos pelo recinto em locais diversos, de boa visibilidade, próximos aos corredores, devidamente sinalizados, evitando-se áreas segregadas de público e a obstrução das saídas, em conformidade com as normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

§ 1o Nas edificações previstas no caput, é obrigatória, ainda, a destinação de dois por cento dos assentos para acomodação de pessoas portadoras de deficiência visual e de pessoas com mobilidade reduzida, incluindo obesos, em locais de boa recepção de mensagens sonoras, devendo todos ser devidamente sinalizados e estar de acordo com os padrões das normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

§ 2o No caso de não haver comprovada procura pelos assentos reservados, estes poderão excepcionalmente ser ocupados por pessoas que não sejam portadoras de deficiência ou que não tenham mobilidade reduzida.

§ 3o Os espaços e assentos a que se refere este artigo deverão situar-se em locais que garantam a acomodação de, no mínimo, um acompanhante da pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 4o Nos locais referidos no caput, haverá, obrigatoriamente, rotas de fuga e saídas de emergência acessíveis, conforme padrões das normas técnicas de acessibilidade da ABNT, a fim de permitir a saída segura de pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, em caso de emergência.

§ 5o As áreas de acesso aos artistas, tais como coxias e camarins, também devem ser acessíveis a pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 6o Para obtenção do financiamento de que trata o inciso III do art. 2o, as salas de espetáculo deverão dispor de sistema de sonorização assistida para pessoas

portadoras de deficiência auditiva, de meios eletrônicos que permitam o acompanhamento por meio de legendas em tempo real ou de disposições especiais para a presença física de intérprete de LIBRAS e de guias-intérpretes, com a projeção em tela da imagem do intérprete de LIBRAS sempre que a distância não permitir sua visualização direta.

§ 7o O sistema de sonorização assistida a que se refere o § 6o será sinalizado por meio do pictograma aprovado pela Lei no 8.160, de 8 de janeiro de 1991.

§ 8o As edificações de uso público e de uso coletivo referidas no caput, já existentes, têm, respectivamente, prazo de trinta e quarenta e oito meses, a contar da data de publicação deste Decreto, para garantir a acessibilidade de que trata o caput e os §§ 1o a 5o.

Art. 24. Os estabelecimentos de ensino de qualquer nível, etapa ou modalidade, públicos ou privados, proporcionarão condições de acesso e utilização de todos os seus ambientes ou compartimentos para pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, inclusive salas de aula, bibliotecas, auditórios, ginásios e instalações desportivas, laboratórios, áreas de lazer e sanitários.

§ 1o Para a concessão de autorização de funcionamento, de abertura ou renovação de curso pelo Poder Público, o estabelecimento de ensino deverá comprovar que:

I - está cumprindo as regras de acessibilidade arquitetônica, urbanística e na comunicação e informação previstas nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT, na legislação específica ou neste Decreto;

II - coloca à disposição de professores, alunos, servidores e empregados portadores de deficiência ou com mobilidade reduzida ajudas técnicas que permitam o acesso às atividades escolares e administrativas em igualdade de condições com as demais pessoas; e

III - seu ordenamento interno contém normas sobre o tratamento a ser dispensado a professores, alunos, servidores e empregados portadores de deficiência, com o objetivo de coibir e reprimir qualquer tipo de discriminação, bem como as respectivas sanções pelo descumprimento dessas normas.

§ 2o As edificações de uso público e de uso coletivo referidas no caput, já existentes, têm, respectivamente, prazo de trinta e quarenta e oito meses, a contar da data de publicação deste Decreto, para garantir a acessibilidade de que trata este artigo.

Art. 25. Nos estacionamentos externos ou internos das edificações de uso público ou de uso coletivo, ou naqueles localizados nas vias públicas, serão reservados, pelo menos, dois por cento do total de vagas para veículos que transportem pessoa portadora de deficiência física ou visual definidas neste Decreto, sendo assegurada, no mínimo, uma vaga, em locais próximos à entrada principal ou ao elevador, de fácil acesso à circulação de pedestres, com especificações técnicas de desenho e traçado conforme o estabelecido nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

§ 1o Os veículos estacionados nas vagas reservadas deverão portar identificação a ser colocada em local de ampla visibilidade, confeccionado e fornecido pelos órgãos de trânsito, que disciplinarão sobre suas características e condições de uso, observando o disposto na Lei no 7.405, de 1985.

§ 2o Os casos de inobservância do disposto no § 1o estarão sujeitos às sanções estabelecidas pelos órgãos competentes.

§ 3o Aplica-se o disposto no caput aos estacionamentos localizados em áreas públicas e de uso coletivo.

§ 4o A utilização das vagas reservadas por veículos que não estejam transportando as pessoas citadas no caput constitui infração ao art. 181, inciso XVII, da Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997.

Art. 26. Nas edificações de uso público ou de uso coletivo, é obrigatória a existência de sinalização visual e tátil para orientação de pessoas portadoras de deficiência auditiva e visual, em conformidade com as normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

Art. 27. A instalação de novos elevadores ou sua adaptação em edificações de uso público ou de uso coletivo, bem assim a instalação em edificação de uso privado multifamiliar a ser construída, na qual haja obrigatoriedade da presença de elevadores, deve atender aos padrões das normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

§ 1o No caso da instalação de elevadores novos ou da troca dos já existentes, qualquer que seja o número de elevadores da edificação de uso público ou de uso coletivo, pelo menos um deles terá cabine que permita acesso e movimentação cômoda de pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida, de acordo com o que especifica as normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

§ 2o Junto às botoeiras externas do elevador, deverá estar sinalizado em braile em qual andar da edificação a pessoa se encontra.

§ 3o Os edifícios a serem construídos com mais de um pavimento além do pavimento de acesso, à exceção das habitações unifamiliares e daquelas que estejam obrigadas à instalação de elevadores por legislação municipal, deverão dispor de especificações técnicas e de projeto que facilitem a instalação de equipamento eletromecânico de deslocamento vertical para uso das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 4o As especificações técnicas a que se refere o § 3o devem atender:

I - a indicação em planta aprovada pelo poder municipal do local reservado para a instalação do equipamento eletromecânico, devidamente assinada pelo autor do projeto;

II - a indicação da opção pelo tipo de equipamento (elevador, esteira, plataforma ou similar);

III - a indicação das dimensões internas e demais aspectos da cabine do equipamento a ser instalado; e

IV - demais especificações em nota na própria planta, tais como a existência e as medidas de botoeira, espelho, informação de voz, bem como a garantia de responsabilidade técnica de que a estrutura da edificação suporta a implantação do equipamento escolhido.

Seção

III

Da Acessibilidade na Habitação de Interesse Social

Art. 28. Na habitação de interesse social, deverão ser promovidas as seguintes ações para assegurar as condições de acessibilidade dos empreendimentos:

I - definição de projetos e adoção de tipologias construtivas livres de barreiras arquitetônicas e urbanísticas;

II - no caso de edificação multifamiliar, execução das unidades habitacionais acessíveis no piso térreo e acessíveis ou adaptáveis quando nos demais pisos;

III - execução das partes de uso comum, quando se tratar de edificação multifamiliar, conforme as normas técnicas de acessibilidade da ABNT; e

IV - elaboração de especificações técnicas de projeto que facilite a instalação de elevador adaptado para uso das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Parágrafo único. Os agentes executores dos programas e projetos destinados à habitação de interesse social, financiados com recursos próprios da União ou por ela geridos, devem observar os requisitos estabelecidos neste artigo.

Art. 29. Ao Ministério das Cidades, no âmbito da coordenação da política habitacional, compete:

- I - adotar as providências necessárias para o cumprimento do disposto no art. 28; e
- II - divulgar junto aos agentes interessados e orientar a clientela alvo da política habitacional sobre as iniciativas que promover em razão das legislações federal, estaduais, distrital e municipais relativas à acessibilidade.

Da Acessibilidade aos Bens Culturais Imóveis

Art. 30. As soluções destinadas à eliminação, redução ou superação de barreiras na promoção da acessibilidade a todos os bens culturais imóveis devem estar de acordo com o que estabelece a Instrução Normativa no 1 do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - IPHAN, de 25 de novembro de 2003.

Capítulo

V

Da Acessibilidade aos Serviços de Transportes Coletivos

Seção

I

Das Condições Gerais

Art. 31. Para os fins de acessibilidade aos serviços de transporte coletivo terrestre, aquaviário e aéreo, considera-se como integrantes desses serviços os veículos, terminais, estações, pontos de parada, vias principais, acessos e operação.

Art. 32. Os serviços de transporte coletivo terrestre são:

- I - transporte rodoviário, classificado em urbano, metropolitano, intermunicipal e interestadual;
- II - transporte metroferroviário, classificado em urbano e metropolitano; e
- III - transporte ferroviário, classificado em intermunicipal e interestadual.

Art. 33. As instâncias públicas responsáveis pela concessão e permissão dos serviços de transporte coletivo são:

- I - governo municipal, responsável pelo transporte coletivo municipal;
- II - governo estadual, responsável pelo transporte coletivo metropolitano e intermunicipal;
- III - governo do Distrito Federal, responsável pelo transporte coletivo do Distrito Federal; e
- IV - governo federal, responsável pelo transporte coletivo interestadual e internacional.

Art. 34. Os sistemas de transporte coletivo são considerados acessíveis quando todos os seus elementos são concebidos, organizados, implantados e adaptados

segundo o conceito de desenho universal, garantindo o uso pleno com segurança e autonomia por todas as pessoas.

Parágrafo único. A infra-estrutura de transporte coletivo a ser implantada a partir da publicação deste Decreto deverá ser acessível e estar disponível para ser operada de forma a garantir o seu uso por pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Art. 35. Os responsáveis pelos terminais, estações, pontos de parada e os veículos, no âmbito de suas competências, assegurarão espaços para atendimento, assentos preferenciais e meios de acesso devidamente sinalizados para o uso das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Art. 36. As empresas concessionárias e permissionárias e as instâncias públicas responsáveis pela gestão dos serviços de transportes coletivos, no âmbito de suas competências, deverão garantir a implantação das providências necessárias na operação, nos terminais, nas estações, nos pontos de parada e nas vias de acesso, de forma a assegurar as condições previstas no art. 34 deste Decreto.

Parágrafo único. As empresas concessionárias e permissionárias e as instâncias públicas responsáveis pela gestão dos serviços de transportes coletivos, no âmbito de suas competências, deverão autorizar a colocação do "Símbolo Internacional de Acesso" após certificar a acessibilidade do sistema de transporte.

Art. 37. Cabe às empresas concessionárias e permissionárias e as instâncias públicas responsáveis pela gestão dos serviços de transportes coletivos assegurar a qualificação dos profissionais que trabalham nesses serviços, para que prestem atendimento prioritário às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Seção

II

Da Acessibilidade no Transporte Coletivo Rodoviário

Art. 38. No prazo de até vinte e quatro meses a contar da data de edição das normas técnicas referidas no § 1º, todos os modelos e marcas de veículos de transporte coletivo rodoviário para utilização no País serão fabricados acessíveis e estarão disponíveis para integrar a frota operante, de forma a garantir o seu uso por pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 1º As normas técnicas para fabricação dos veículos e dos equipamentos de transporte coletivo rodoviário, de forma a torná-los acessíveis, serão elaboradas pelas instituições e entidades que compõem o Sistema Nacional de Metrologia,

Normalização e Qualidade Industrial, e estarão disponíveis no prazo de até doze meses a contar da data da publicação deste Decreto. acessíveis, a ser feita pelas empresas concessionárias e permissionárias de transporte coletivo rodoviário, dar-se-á de forma gradativa, conforme o prazo previsto nos contratos de concessão e permissão deste serviço.

§ 3o A frota de veículos de transporte coletivo rodoviário e a infra-estrutura dos serviços deste transporte deverão estar totalmente acessíveis no prazo máximo de cento e vinte meses a contar da data de publicação deste Decreto.

§ 4o Os serviços de transporte coletivo rodoviário urbano devem priorizar o embarque e desembarque dos usuários em nível em, pelo menos, um dos acessos do veículo.

Art. 39. No prazo de até vinte e quatro meses a contar da data de implementação dos programas de avaliação de conformidade descritos no § 3o, as empresas concessionárias e permissionárias dos serviços de transporte coletivo rodoviário deverão garantir a acessibilidade da frota de veículos em circulação, inclusive de seus equipamentos.

§ 1o As normas técnicas para adaptação dos veículos e dos equipamentos de transporte coletivo rodoviário em circulação, de forma a torná-los acessíveis, serão elaboradas pelas instituições e entidades que compõem o Sistema Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial, e estarão disponíveis no prazo de até doze meses a contar da data da publicação deste Decreto.

§ 2o Caberá ao Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial - INMETRO, quando da elaboração das normas técnicas para a adaptação dos veículos, especificar dentre esses veículos que estão em operação quais serão adaptados, em função das restrições previstas no art. 98 da Lei no 9.503, de 1997.

§ 3o As adaptações dos veículos em operação nos serviços de transporte coletivo rodoviário, bem como os procedimentos e equipamentos a serem utilizados nestas adaptações, estarão sujeitas a programas de avaliação de conformidade desenvolvidos e implementados pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial - INMETRO, a partir de orientações normativas elaboradas no âmbito da ABNT.

Seção

III

Da Acessibilidade no Transporte Coletivo Aquaviário

Art. 40. No prazo de até trinta e seis meses a contar da data de edição das normas técnicas referidas no § 1o, todos os modelos e marcas de veículos de transporte coletivo aquaviário serão fabricados acessíveis e estarão disponíveis para integrar a frota operante, de forma a garantir o seu uso por pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 1o As normas técnicas para fabricação dos veículos e dos equipamentos de transporte coletivo aquaviário acessíveis, a serem elaboradas pelas instituições e entidades que compõem o Sistema Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial, estarão disponíveis no prazo de até vinte e quatro meses a contar da data da publicação deste Decreto.

§ 2o As adequações na infra-estrutura dos serviços desta modalidade de transporte deverão atender a critérios necessários para proporcionar as condições de acessibilidade do sistema de transporte aquaviário.

Art. 41. No prazo de até cinquenta e quatro meses a contar da data de implementação dos programas de avaliação de conformidade descritos no § 2o, as empresas concessionárias e permissionárias dos serviços de transporte coletivo aquaviário, deverão garantir a acessibilidade da frota de veículos em circulação, inclusive de seus equipamentos.

§ 1o As normas técnicas para adaptação dos veículos e dos equipamentos de transporte coletivo aquaviário em circulação, de forma a torná-los acessíveis, serão elaboradas pelas instituições e entidades que compõem o Sistema Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial, e estarão disponíveis no prazo de até trinta e seis meses a contar da data da publicação deste Decreto.

§ 2o As adaptações dos veículos em operação nos serviços de transporte coletivo aquaviário, bem como os procedimentos e equipamentos a serem utilizados nestas adaptações, estarão sujeitas a programas de avaliação de conformidade desenvolvidos e implementados pelo INMETRO, a partir de orientações normativas elaboradas no âmbito da ABNT.

Seção

IV

Da Acessibilidade no Transporte Coletivo Metroferroviário e Ferroviário

Art. 42. A frota de veículos de transporte coletivo metroferroviário e ferroviário, assim como a infra-estrutura dos serviços deste transporte deverão estar totalmente acessíveis no prazo máximo de cento e vinte meses a contar da data de publicação deste Decreto.

§ 1o A acessibilidade nos serviços de transporte coletivo metroferroviário e ferroviário obedecerá ao disposto nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT. publicação deste Decreto, todos os modelos e marcas de veículos de transporte coletivo metroferroviário e ferroviário serão fabricados acessíveis e estarão disponíveis para integrar a frota operante, de forma a garantir o seu uso por pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Art. 43. Os serviços de transporte coletivo metroferroviário e ferroviário existentes deverão estar totalmente acessíveis no prazo máximo de cento e vinte meses a contar da data de publicação deste Decreto.

§ 1o As empresas concessionárias e permissionárias dos serviços de transporte coletivo metroferroviário e ferroviário deverão apresentar plano de adaptação dos sistemas existentes, prevendo ações saneadoras de, no mínimo, oito por cento ao ano, sobre os elementos não acessíveis que compõem o sistema.

§ 2o O plano de que trata o § 1o deve ser apresentado em até seis meses a contar da data de publicação deste Decreto.

Seção

V

Da Acessibilidade no Transporte Coletivo Aéreo

Art. 44. No prazo de até trinta e seis meses, a contar da data da publicação deste Decreto, os serviços de transporte coletivo aéreo e os equipamentos de acesso às aeronaves estarão acessíveis e disponíveis para serem operados de forma a garantir o seu uso por pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Parágrafo único. A acessibilidade nos serviços de transporte coletivo aéreo obedecerá ao disposto na Norma de Serviço da Instrução da Aviação Civil NOSER/IAC - 2508-0796, de 1o de novembro de 1995, expedida pelo departamento de Aviação Civil do Comando da Aeronáutica, e nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

Seção

VI

Das Disposições Finais

Art. 45. Caberá ao Poder Executivo, com base em estudos e pesquisas, verificar a viabilidade de redução ou isenção de tributo:

I - para importação de equipamentos que não sejam produzidos no País, necessários no processo de adequação do sistema de transporte coletivo, desde

que não existam similares nacionais; e II - para fabricação ou aquisição de veículos ou equipamentos destinados aos sistemas de transporte coletivo.

Parágrafo único. Na elaboração dos estudos e pesquisas a que se referem o caput, deve-se observar o disposto no art. 14 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000, sinalizando impacto orçamentário e financeiro da medida estudada.

Art. 46. A fiscalização e a aplicação de multas aos sistemas de transportes coletivos, segundo disposto no art. 6o, inciso II, da Lei no 10.048, de 2000, cabe à União, aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal, de acordo com suas competências.

Capítulo

VI

Do Acesso à Informação e Comunicação

Art. 47. No prazo de até doze meses a contar da data de publicação deste Decreto, será obrigatória a acessibilidade nos portais e sítios eletrônicos da administração pública na rede mundial de computadores (internet), para o uso das pessoas portadoras de deficiência visual, garantindo-lhes o pleno acesso às informações disponíveis.

§ 1o Nos portais e sítios de grande porte, desde que seja demonstrada a inviabilidade técnica de se concluir os procedimentos para alcançar integralmente a acessibilidade, o prazo definido no caput será estendido por igual período.

§ 2o Os sítios eletrônicos acessíveis às pessoas portadoras de deficiência conterão símbolo que represente a acessibilidade na rede mundial de computadores (internet), a ser adotado nas respectivas páginas de entrada.

§ 3o Os telecentros comunitários instalados ou custeados pelos Governos Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal devem possuir instalações plenamente acessíveis e, pelo menos, um computador com sistema de som instalado, para uso preferencial por pessoas portadoras de deficiência visual.

Art. 48. Após doze meses da edição deste Decreto, a acessibilidade nos portais e sítios eletrônicos de interesse público na rede mundial de computadores (internet), deverá ser observada para obtenção do financiamento de que trata o inciso III do art. 2o.

Art. 49. As empresas prestadoras de serviços de telecomunicações deverão garantir o pleno acesso às pessoas portadoras de deficiência auditiva, por meio das seguintes ações:

I - no Serviço Telefônico Fixo Comutado - STFC, disponível para uso do público em geral:

instalar, mediante solicitação, em âmbito nacional e em locais públicos, telefones de uso público adaptados para uso por pessoas portadoras de deficiência;

b) garantir a disponibilidade de instalação de telefones para uso por pessoas portadoras de deficiência auditiva para acessos individuais;

c) garantir a existência de centrais de intermediação de comunicação telefônica a serem utilizadas por pessoas portadoras de deficiência auditiva, que funcionem em tempo integral e atendam a todo o território nacional, inclusive com integração com o mesmo serviço oferecido pelas prestadoras de Serviço Móvel Pessoal; e

d) garantir que os telefones de uso público contenham dispositivos sonoros para a identificação das unidades existentes e consumidas dos cartões telefônicos, bem como demais informações exibidas no painel destes equipamentos;

II - no Serviço Móvel Celular ou Serviço Móvel Pessoal: garantir a interoperabilidade nos serviços de telefonia móvel, para possibilitar o envio de mensagens de texto entre celulares de diferentes empresas; e

b) garantir a existência de centrais de intermediação de comunicação telefônica a serem utilizadas por pessoas portadoras de deficiência auditiva, que funcionem em tempo integral e atendam a todo o território nacional, inclusive com integração com o mesmo serviço oferecido pelas prestadoras de Serviço Telefônico Fixo comutado.

§ 1o Além das ações citadas no caput, deve-se considerar o estabelecido nos Planos Gerais de Metas de Universalização aprovados pelos Decretos nos 2.592, de 15 de maio de 1998, e 4.769, de 27 de junho de 2003, bem como o estabelecido pela Lei no 9.472, de 16 de julho de 1997.

§ 2o O termo pessoa portadora de deficiência auditiva e da fala utilizado nos Planos Gerais de Metas de Universalização é entendido neste Decreto como pessoa portadora de deficiência auditiva, no que se refere aos recursos tecnológicos de telefonia.

Art. 50. A Agência Nacional de Telecomunicações - ANATEL regulamentará, no prazo de seis meses a contar da data de publicação deste Decreto, os procedimentos a serem observados para implementação do disposto no art. 49.

Art. 51. Caberá ao Poder Público incentivar a oferta de aparelhos de telefonia celular que indiquem, de forma sonora, todas as operações e funções neles disponíveis no visor.

Art. 52. Caberá ao Poder Público incentivar a oferta de aparelhos de televisão equipados com recursos tecnológicos que permitam sua utilização de modo a

garantir o direito de acesso à informação às pessoas portadoras de deficiência auditiva ou visual.

Parágrafo único. Incluem-se entre os recursos referidos no caput:

- I - circuito de decodificação de legenda oculta;
- II - recurso para Programa Secundário de Áudio (SAP); e
- III - entradas para fones de ouvido com ou sem fio.

Art. 53. A ANATEL regulamentará, no prazo de doze meses a contar da data de publicação deste Decreto, os procedimentos a serem observados para implementação do plano de medidas técnicas previsto no art. 19 da Lei no 10.098, de 2000.

§ 1o O processo de regulamentação de que trata o caput deverá atender ao disposto no art. 31 da Lei no 9.784, de 29 de janeiro de 1999.

§ 2o A regulamentação de que trata o caput deverá prever a utilização, entre outros, dos seguintes sistemas de reprodução das mensagens veiculadas para as pessoas portadoras de deficiência auditiva e visual:

- I - a subtítuloção por meio de legenda oculta;
- II - a janela com intérprete de LIBRAS; e
- III - a descrição e narração em voz de cenas e imagens.

§ 3o A Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República assistirá a ANATEL no procedimento de que trata o § 1o.

Art. 54. Autorizatórias e consignatórias do serviço de radiodifusão de sons e imagens operadas pelo Poder Público poderão adotar plano de medidas técnicas próprio, como metas antecipadas e mais amplas do que aquelas as serem definidas no âmbito do procedimento estabelecido no art. 53.

Art. 55. Caberá aos órgãos e entidades da administração pública, diretamente ou em parceria com organizações sociais civis de interesse público, sob a orientação do Ministério da Educação e da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, por meio da CORDE, promover a capacitação de profissionais em LIBRAS.

Art. 56. O projeto de desenvolvimento e implementação da televisão digital no País deverá contemplar obrigatoriamente os três tipos de sistema de acesso à informação de que trata o art. 52.

Art. 57. A Secretaria de Comunicação de Governo e Gestão Estratégica da Presidência da República editará, no prazo de doze meses a contar da data da

publicação deste Decreto, normas complementares disciplinando a utilização dos sistemas de acesso à informação referidos no § 2o do art. 53, na publicidade governamental e nos pronunciamentos oficiais transmitidos por meio dos serviços de radiodifusão de sons e imagens.

Parágrafo único. Sem prejuízo do disposto no caput e observadas as condições técnicas, os pronunciamentos oficiais do Presidente da República serão acompanhados, obrigatoriamente, no prazo de seis meses a partir da publicação deste Decreto, de sistema de acessibilidade mediante janela com intérprete de LIBRAS.

Art. 58. O Poder Público adotará mecanismos de incentivo para tornar disponíveis em meio magnético, em formato de texto, as obras publicadas no País.

§ 1o A partir de seis meses da edição deste Decreto, a indústria de medicamentos deve disponibilizar, mediante solicitação, exemplares das bulas dos medicamentos em meio magnético, braile ou em fonte ampliada.

§ 2o A partir de seis meses da edição deste Decreto, os fabricantes de equipamentos eletroeletrônicos e mecânicos de uso doméstico devem disponibilizar, mediante solicitação, exemplares dos manuais de instrução em meio magnético, braile ou em fonte ampliada.

Art. 59. O Poder Público apoiará preferencialmente os congressos, seminários, oficinas e demais eventos científico-culturais que ofereçam, mediante solicitação, apoios humanos às pessoas com deficiência auditiva e visual, tais como tradutores e intérpretes de LIBRAS, leitores, guias-intérpretes, ou tecnologias de informação e comunicação, tais como a transcrição eletrônica simultânea.

Art. 60. Os programas e as linhas de pesquisa a serem desenvolvidos com o apoio de organismos públicos de auxílio à pesquisa e de agências de financiamento deverão contemplar temas voltados para tecnologia da informação acessível para pessoas portadoras de deficiência.

Parágrafo único. Será estimulada a criação de linhas de crédito para a indústria que produza componentes e equipamentos relacionados à tecnologia da informação acessível para pessoas portadoras de deficiência.

Capítulo

VII

Das Ajudas Técnicas

Art. 61. Para os fins deste Decreto, consideram-se ajudas técnicas os produtos, instrumentos, equipamentos ou tecnologia adaptados ou especialmente projetados

para melhorar a funcionalidade da pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida, favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida.

§ 1o Os elementos ou equipamentos definidos como ajudas técnicas serão certificados pelos órgãos competentes, ouvidas as entidades representativas das pessoas portadoras de deficiência.

§ 2o Para os fins deste Decreto, os cães-guia e os cães-guia de acompanhamento são considerados ajudas técnicas.

Art. 62. Os programas e as linhas de pesquisa a serem desenvolvidos com o apoio de organismos públicos de auxílio à pesquisa e de agências de financiamento deverão contemplar temas voltados para ajudas técnicas, cura, tratamento e prevenção de deficiências ou que contribuam para impedir ou minimizar o seu agravamento.

Parágrafo único. Será estimulada a criação de linhas de crédito para a indústria que produza componentes e equipamentos de ajudas técnicas.

Art. 63. O desenvolvimento científico e tecnológico voltado para a produção de ajudas técnicas dar-se-á a partir da instituição de parcerias com universidades e centros de pesquisa para a produção nacional de componentes e equipamentos.

Parágrafo único. Os bancos oficiais, com base em estudos e pesquisas elaborados pelo Poder Público, serão estimulados a conceder financiamento às pessoas portadoras de deficiência para aquisição de ajudas técnicas.

Art. 64. Caberá ao Poder Executivo, com base em estudos e pesquisas, verificar a viabilidade de:

I - redução ou isenção de tributos para a importação de equipamentos de ajudas técnicas que não sejam produzidos no País ou que não possuam similares nacionais;

II - redução ou isenção do imposto sobre produtos industrializados incidente sobre as ajudas técnicas; e

III - inclusão de todos os equipamentos de ajudas técnicas para pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida na categoria de equipamentos sujeitos a dedução de imposto de renda.

Parágrafo único. Na elaboração dos estudos e pesquisas a que se referem o caput, deve-se observar o disposto no art. 14 da Lei Complementar no 101, de 2000, sinalizando impacto orçamentário e financeiro da medida estudada.

Art. 65. Caberá ao Poder Público viabilizar as seguintes diretrizes:

- I - reconhecimento da área de ajudas técnicas como área de conhecimento;
- II - promoção da inclusão de conteúdos temáticos referentes a ajudas técnicas na educação profissional, no ensino médio, na graduação e na pós-graduação;
- III - apoio e divulgação de trabalhos técnicos e científicos referentes a ajudas técnicas;
- IV - estabelecimento de parcerias com escolas e centros de educação profissional, centros de ensino universitários e de pesquisa, no sentido de incrementar a formação de profissionais na área de ajudas técnicas; e
- V - incentivo à formação e treinamento de ortesistas e protesistas.

Art. 66. A Secretaria Especial dos Direitos Humanos instituirá Comitê de Ajudas Técnicas, constituído por profissionais que atuam nesta área, e que será responsável por:

- I - estruturação das diretrizes da área de conhecimento;
- II - estabelecimento das competências desta área;
- III - realização de estudos no intuito de subsidiar a elaboração de normas a respeito de ajudas técnicas;
- IV - levantamento dos recursos humanos que atualmente trabalham com o tema; e
- V - detecção dos centros regionais de referência em ajudas técnicas, objetivando a formação de rede nacional integrada.

§ 1o O Comitê de Ajudas Técnicas será supervisionado pela CORDE e participará do Programa Nacional de Acessibilidade, com vistas a garantir o disposto no art. 62.

§ 2o Os serviços a serem prestados pelos membros do Comitê de Ajudas Técnicas são considerados relevantes e não serão remunerados.

Capítulo VIII Do Programa Nacional de Acessibilidade

Art. 67. O Programa Nacional de Acessibilidade, sob a coordenação da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, por intermédio da CORDE, integrará os planos plurianuais, as diretrizes orçamentárias e os orçamentos anuais.

Art. 68. A Secretaria Especial dos Direitos Humanos, na condição de coordenadora do Programa Nacional de acessibilidade, desenvolverá, dentre outras, as seguintes ações:

- I - apoio e promoção de capacitação e especialização de recursos humanos em acessibilidade e ajudas técnicas;
- II - acompanhamento e aperfeiçoamento da legislação sobre acessibilidade;

III - edição, publicação e distribuição de títulos referentes à temática da acessibilidade;

IV - cooperação com Estados, Distrito Federal e Municípios para a elaboração de estudos e diagnósticos sobre a situação da acessibilidade arquitetônica, urbanística, de transporte, comunicação e informação;

V - apoio e realização de campanhas informativas e educativas sobre acessibilidade;

VI - promoção de concursos nacionais sobre a temática da acessibilidade; e

VII - estudos e proposição da criação e normatização do Selo Nacional de Acessibilidade.

Capítulo

IX

Das Disposições Finais

Art. 69. Os programas nacionais de desenvolvimento urbano, os projetos de revitalização, recuperação ou reabilitação urbana incluirão ações destinadas à eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, nos transportes e na comunicação e informação devidamente adequadas às exigências deste Decreto.

Art. 70. O art. 4o do Decreto no 3.298, de 20 de dezembro de 1999, passa a vigorar com as seguintes alterações: "Art. 4o

.....

I - deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

II - deficiência auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas freqüências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz;

III - deficiência visual - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60o; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

IV -.....

d) utilização dos recursos da comunidade;....."(NR)

Art. 71. Ficam revogados os arts. 50 a 54 do Decreto no 3.298, de 20 de dezembro de 1999.

Art. 72. Este Decreto entra em vigor na data da sua publicação.

Brasília, 2 de dezembro de 2004; 183º da Independência e 116º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

José Dirceu de Oliveira e Silva

Publicado no D.O.U, nº 232, sexta-feira, de 03 de dezembro de 2004.