

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE
SANTA CATARINA
CAMPUS JOINVILLE
COORDENAÇÃO DA ÁREA DE SAÚDE E SERVIÇOS
CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

**ALUÍSIO EGER
RAFAELA STOLLE**

**SENSIBILIZANDO ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE PARA A
COMPREENSÃO DAS QUESTÕES INERENTES À PESSOA COM
DEFICIÊNCIA FÍSICA NA SOCIEDADE E NA SAÚDE**

**JOINVILLE
2016**

**ALUÍSIO EGER
RAFAELA STOLLE**

**SENSIBILIZANDO ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE PARA A
COMPREENSÃO DAS QUESTÕES INERENTES À PESSOA COM
DEFICIÊNCIA FÍSICA NA SOCIEDADE E NA SAÚDE.**

Trabalho de Projeto Integrador
submetido ao Instituto Federal de
Santa Catarina como parte dos
requisitos para conclusão do Curso
Técnico em Enfermagem

**Orientadora: Prof. Ma. Marlete
Scremin**

**JOINVILLE
2016**

RESUMO

Durante toda a história, existiam indivíduos com algumas características diferentes do normal e, durante séculos perdurou um preconceito sobre esses indivíduos, porém, houve evolução em relação a isso, o preconceito que havia mais antigamente foi perdendo forças e foi crescendo uma nova concepção relacionado ao deficiente físico, e sua nomenclatura também evoluiu com o passar dos tempos. Neste estudo, utilizou-se intervenções com alunos da área da saúde com intuito de sensibilizá-los sobre questões inerentes a pessoa com deficiência física. Atualmente, percebe-se um avanço também no que se refere aos cuidados desses pacientes, o ensino escolar, reabilitação, a questão de educação em saúde, o que proporciona uma melhor qualidade de vida. Observou-se também que as paraolimpíadas trouxeram um conhecimento significativo sobre pessoas com deficiência mudando o olhar de pena para um sentimento de orgulho e coragem. Dentre as intervenções realizadas nas cinco turmas, percebeu-se que a grande maioria possuíam algum conhecimento a respeito do assunto abordado. Sendo este um trabalho de intervenção, acredita-se termos alcançado os objetivos desse projeto, pois devido aos relatos e expressões dos participantes percebeu-se a comoção dos mesmos sobre o tema abordado.

Palavras-chave: Deficiência, saúde, Sociedade.

LISTA DE SIGLAS

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPD	Pessoa portadora de deficiência
PCD	Pessoa com deficiência
ONU	Organização das Nações Unidas
dB	Decibéis
Hz	Hertz
Art.	Artigo
MEC	Ministério da Educação e Cultura
CNS	Conselho Nacional de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
QI	Questionário

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 Justificativa.....	6
1.2 Objetivos.....	7
1.2.1 Objetivo geral.....	7
1.2.2 Objetivo específico.....	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO	8
2.1 Histórico evolutivo.....	8
2.2 Definição.....	9
2.3 Educação especial.....	10
2.4 Assistência de enfermagem ao portador de deficiência física.....	12
2.5 Reabilitação.....	13
2.6 Saúde do idoso com deficiência.....	16
3 METODOLOGIA	19
3.1 Caracterização do estudo.....	19
3.2 Descrição do local do estudo.....	19
3.3 Participantes.....	19
3.4 Fases do estudo.....	20
4 RESULTADOS	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

1 INTRODUÇÃO

Um fator relevante com relação a pessoas portadores de deficiência física é a questão de acesso à saúde e educação de qualidade. Atualmente estamos evoluindo em diversos aspectos, seja na tecnologia, meios de comunicação, ingresso no mercado de trabalho, e a admissão de conhecimentos sobre mundo, mas mesmo com esses fatores, existe uma baixa preocupação em relação as dificuldades do cotidiano que o deficiente físico sofre por não ter uma demanda considerável para ter mais conforto e mais possibilidades de locomoção e educação (ARAÚJO, 2005).

Sabe-se que a educação precisa ser aprimorada e deve-se buscar alternativas de ação para atender as necessidades de diferentes estudantes, mas para isso os profissionais devem ser capacitados para lidar com pessoas de necessidades especiais, tanto para poder ensiná-los corretamente e incluí-los no ambiente escolar com os alunos, e ainda a instituição de ensino deve possuir uma estrutura adequada para acolher esse portador. A partir disso, (ARAÚJO, 2005, p.243).

A inserção incondicional de alunos deficientes em classes de ensino comum ou a sua manutenção em alguma modalidade de ensino total ou parcialmente segregado parece depender mais de posições ideológicas que de argumentos cientificamente defensáveis. [...]

A inclusão de deficientes físicos nas atividades escolares torna-se mais trabalhosa e cuidadosa, pois exige do profissional um conhecimento em relação a esses portadores para ser capaz de lidar com ele, e fazer com que os alunos interajam entre si, fazendo com que a qualidade desse aluno especial seja melhor, e mais acessível a se comunicar com os outros colegas de diferentes formas e a praticar as atividades de modo que ele seja incluído nesse ambiente escolar. Diante dessas considerações, percebe-se que a muitos atributos que carecem de mais atenção para suas gravidades de disfunções físicas fazendo com que muitas pessoas tenham receio de se aproximar ou incluí-lo em seu meio, porque muitas vezes esse deficiente não consegue se comunicar claramente, ou por essa pessoa comum, não saber como lidar ou também por sua ideologia em que foi criado, excluindo esse portador de dificuldades especiais (ARAÚJO, 2005).

Com isso, observa-se que a qualidade nos ambientes escolares em relação a educação para o deficiente físico é insatisfatória, pois o ensino poderia ser procedido de duas maneiras, em uma classe comum, com adaptações para este

aluno portador de necessidade especial possibilitando uma maior inclusão, ou o ensino ocorrer em ambiente desagregado com as demais classes comuns, atendendo as demandas compatíveis as pessoas portadoras de deficiência física. Com esse déficit de preocupação a qualidade de ensino ao deficiente físico, é muito significativo estudar e atentar a esse fator, e fazer com que busquem melhorias de atendimento e inclusão desses portadores (ARAÚJO, 2005).

O papel educativo do enfermeiro foi considerado desde o início da Enfermagem Moderna e hoje os hospitais, como instituições de saúde, têm ampliado a sua finalidade curativa para incluir, também os papéis de prevenção e reabilitação (SANTOS, 1983).

O enfermeiro tem características que facilitam o seu papel educador com o paciente: é ele o elemento da equipe que mais tempo permanece ao lado do paciente e tem a capacidade de observá-lo e considerá-lo como todo e não apenas como um caso (ZAGO, 1992).

- Justificativa

Partindo do princípio de que o cuidar do corpo humano exige, necessariamente, um olhar para a dimensão total do ser, inclusive de sua essência existencial, torna-se imprescindível, para enfermeiros, uma maior conscientização acerca do importante papel que desempenhamos ao interferir no espaço de privacidade das pessoas dependentes de nossas intervenções, como aqueles que apresentam deficiência física (MACHADO, 2003).

Os resultados do Censo de 1991, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE indicam um percentual de 1,14% de pessoas portadoras de deficiências físicas no contexto geral na população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS, 1991).

Estatísticas revelam que cerca de 10% dos brasileiros, nascem ou vem a adquirir algum tipo de deficiência ao longo da vida (BRASIL, 1992).

De acordo com a prefeitura de Joinville (201?) A educação especial foi regulamentada pelo Ministério da Educação em 2007 e deixou de ser novidade, mas ainda é um desafio. Com o objetivo de incluir alunos com múltiplas deficiências no ensino regular, a lei estabeleceu parâmetros que fazem parte do dia a dia do universo da educação pública. Um deles é a implantação das salas de recursos multifuncionais. Em Joinville, são 27 somente na rede municipal. Até

o final do ano serão mais 31, um total de 58. (JOINVILLE, 201?).

Com base na falta de conhecimento e pouca informação relacionada ao assunto, surge o interesse de se tratar a respeito de pessoas portadores de deficiência física, sobre o histórico evolutivo, como são educadas para encarar a sociedade, e o preparo que um profissional da saúde precisa ter ao cuidar de alguém. Assim sensibilizando técnicos e futuros técnicos de enfermagem de como prestar uma assistência de enfermagem a essas pessoas.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Sensibilizar estudantes da área da saúde para a compreensão das questões inerentes à pessoa com deficiência na sociedade e na saúde.

1.2.2 Objetivos específicos

- Apresentar o projeto aos alunos e professor participantes;
- Compreender as percepções dos alunos sobre uma pessoa portadora de deficiência física;
- Analisar os dados levantados por meio da nossa percepção sobre os questionamentos e dúvidas dos participantes.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Histórico evolutivo

Durante toda a história, existiam indivíduos com algumas características diferentes do normal e, durante séculos perdurou um preconceito sobre esses indivíduos. Antigamente se o bebê nascesse com alguma deficiência geralmente ocorria o infanticídio, já as que adquiriam algum tipo de deficiência ao decorrer da vida eram largadas para morrer. Entretanto, encontramos várias barbáries ditas por grandes pensadores da época: Platão, na *Utópica República*: [...] no que concerne aos que receberam corpo mal organizado, deixe-os morrer [...] Aristóteles, no seu tratado *Política*: [...] quanto a saber quais as crianças que deve abandonar ou educar, deve haver uma lei que proíba alimentar crianças disforme[...] Lúcio Sêneca aduziu: Por mais horrendos que estes comentários e opinião possam ser, elas se enquadrava na moral da época e acreditava que se fazia necessário tais atos para se promover e garantir o bom funcionamento da sociedade (DESSEN; SILVA, 2000).

Já com a vinda do Cristianismo já na Idade Média, passou-se a acreditar que tais deficiências eram fenômenos divinos ou demoníacos, ou seja, uns era filhos de Deus e outros recebiam esse “castigo divino” pagando pelo pecado dos pais. No século XV a concepção de deficiência era mais individual, com isso houve maior discriminação e afastamento desse indivíduo. Com a vinda da burguesia, esses indivíduos eram considerados não produtivos economicamente. As primeiras instituições para crianças deficientes surgem em meados do século XVIII em Paris, no século XIX começa a se perceber uma responsabilidade pública e social sobre os deficientes, mas só no século XX as ações e mudanças significativas começam a acontecer (DESSEN; SILVA, 2000).

Por séculos, deficientes eram chamados de inválidos, e aí então começou uma discussão de qual termo deveria ser usado na sociedade para tal indivíduo. Até 1960 passaram a se chamar de incapacitados, a partir de 1960 eram denominados deficientes, em 1981 passaram a se chamar de “pessoa deficiente”, mas em 1988 encontrasse a necessidade de mudar pois “pessoa deficiente” dá a entender que ela é inteiramente deficiente, logo passou para “pessoa portadora de deficiência” para caracterizar a deficiência apenas como um detalhe. Já em 1990, a preocupação com o preconceito e a discriminação aumentou, logo passou a serem chamadas de portadores de necessidades especiais. Porém mais

tarde, passou a ser apenas “pessoas especiais”, no caso de crianças apenas “crianças especiais”. Hoje, porém, “pessoa com deficiência” passa a ser o termo mais atual, por ter sido o desejado pelos movimentos mundiais de pessoas com deficiência, incluindo o Brasi (SASSAKI,2003).

2.2 Definição

A Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes (Organização das Nações Unidas, 1975, p.2), assegura:

O termo pessoas deficientes refere-se a qualquer pessoa incapaz de assegurar para si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida social normal, em decorrência de uma deficiência congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais.

Segundo a Organização Mundial da Saúde em 1980, a deficiência ocorre quando algo acomete o indivíduo de forma congênita ou adquirida, provocando alterações na estrutura, aparência, ou funcionamento do corpo, identificando-se uma pessoa como deficiente a partir da constatação de uma diferença observável nesta pessoa, comparando-a com o que se observa em outros indivíduos. De acordo com o art. 4º, do Decreto nº 3.298/99, modificado pelo Decreto nº 5.296/2004, as tipologias de deficiência podem ser definidas da seguinte forma:

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, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, e 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 produzem dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2004).

Conforme apresentado, segue abaixo no quadro um as descrições e formas de comportamento físico:

Quadro 1 – Deficiência Física e suas descrições

Paraplegia	Perda total das funções motoras dos membros inferiores.
Paraparesia	Perda parcial das funções motoras dos membros inferiores.
Monoplegia	Perda total das funções motoras de um só membro (inferior ou posterior)
Monoparesia	Perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou posterior)
Tetraplegia	Perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores.
Tetraparesia	Perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores.
Triplegia	Perda total das funções motoras em três membros.
Triparesia	Perda parcial das funções motoras em três membros.
Hemiplegia	Perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo)
Hemiparesia	Perda parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo)
Amputação	Perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membro.
Paralisia Cerebral	Lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como conseqüências alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental.
Ostomia	Intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, ostio) na parede abdominal para adaptação de bolsa de coleta; processo cirúrgico que visa à construção de um caminho alternativo e novo na eliminação de fezes e urina para o exterior do corpo humano (colostomia: ostoma intestinal; urostomia: desvio urinário).

Fonte: Comissão de Estudos, Brasília/DF – 2001

2.3 Educação Especial

Crianças com deficiência possuem muito mais obstáculos a superar do que uma pessoa sem deficiência, Pedrinelli relata que existem muitos profissionais e pessoas que vêm e agem como que o deficiente fosse incapaz de realizar alguma atividade ou de aprender algo, com isso apresenta uma atitude de segregação por

essa criança com algum tipo de deficiência física por ser diferente o isola não promovendo a inclusão. O autor propõe algumas dicas de como promover o ato de inclusão nas escolas para essas crianças, como; adaptar atividades, através do uso de estratégias de ensino, regras, estrutura do ambiente, equipamento; utilizar sistemas de apoio (colegas de classe como tutores de mesma idade, equipe múltipla de ensino, auxiliares voluntários ou especialistas); agir naturalmente, propor desafios e ajudá-lo, incentivá-lo, entre outras colocações. Com esse conjunto facilita a integração nas atividades escolares e na relação com os colegas, amenizando o preconceito e aumentando a autoestima dessas crianças com deficiência (PEDRINELLI, 2001).

Sabemos que muitas escolas não oferecem recursos e estruturas para integrar crianças com algum tipo de dificuldade ou deficiência. Por conta disso Schulzen pode resolver esse problema por meio do desenvolvimento de projetos. Cria-se uma nova perspectiva para integrar os princípios que nortearam a pesquisa e conquistar as mudanças almejadas no processo educacional, em relação à aprendizagem do aluno, às práticas pedagógicas do professor, ao currículo, à avaliação, à pesquisa e ao uso da tecnologia articulada ao currículo buscando transformar as práticas pedagógicas, nas quais as crianças com necessidades especiais físicas tornavam-se os autores e construtores de seu conhecimento, resgatando as suas habilidades e potencialidades. O objetivo central em se trabalhar com desenvolvimento de projetos foi o de se constituir um problema ou uma fonte geradora de problemas que exigia uma atividade para a sua resolução, permitindo resolver questões relevantes para os alunos, gerando a necessidade de aprendizagem. O projeto mostrou que a aprendizagem não era mais fragmentada, uma vez que as disciplinas não eram vistas isoladamente e o que era aprendido tinha uma relação com a vida e a vivência do educando. Visto isso, o resultado deste trabalho possibilitou que o professor experimentasse um ensino mais harmonioso e melhor de se trabalhar as relações de aprendizagem com o aluno, o afloramento da afetividade e do respeito, mudando-se as relações entre eles e o ensino deixou de ser centrado no professor que fala. Nele todas as crianças puderam expor as suas ideias, desde as mais retraídas, criando respeito mútuo entre elas (SCHULUNZEN, 1999).

Nas palavras do psicanalista Alfredo Jerusalinsky (1997, p.53):

A proposta de uma Educação especial esbarra, inevitavelmente, com os perigos da discriminação e da marginalização e também com uma dura resistência familiar e social. Uma dura resistência formulada num falso democratismo, num igualitarismo puramente imaginário, muito mais

destinado a satisfazer o narcisismo dos profissionais do que as verdadeiras necessidades das crianças que padecem dessas dificuldades.

Educação Especial. Utiliza-se esse termo quando falamos sobre uma educação própria para as crianças deficientes. A criação de um ensino específico para tais crianças foi um grande avanço da sociedade pois sabemos que dependendo do tipo de deficiência que essa criança tem é difícil acompanhar as demais crianças o obter o mesmo desempenho compreendendo o ensino regular. Logo se a criança não consegue se adaptar ao ensino devido suas dificuldades, o ensino se adapta a criança conforme suas necessidades. Porém, se conduzido de forma negligenciada, pode ser entendido como uma prática segregacionista servindo para legitimar a discriminação e o despreparo das escolas e educadores em lidar com crianças deficientes dificultando assim a inclusão social dessas crianças. Pois através de avaliações psicológicas, o ensino regular encaminha crianças que poderiam participar para instituições de educação especial pois professores e educadores não querem se incomodar (MENA, 2000).

Bueno afirma (1993, p.57) “ a educação especial tem cumprido esse duplo papel na sociedade de democratização do ensino e de legitimação da ação seletiva da escola regular”.

O problema é quando se tenta aplicar a educação especial sem nenhum preparo para isso. Deixar uma criança especial junto com as demais e largá-la não contribuí em nada para a inclusão dessa criança na sociedade. Alguns educadores por falta de preparo em relação a esse assunto, simplesmente largam a criança em um canto tentando aprender como os demais ou com um educador particular, e caso essa criança não consiga, dão uma lição mais fácil, mas isso só contribuí para aumentar a estranheza e indiferença entre elas(MENA, 2000).

2.4 Assistência de enfermagem a pessoa com deficiência física

A avaliação de Enfermagem necessita de uma abordagem holística. O estado físico, mental, emocional, espiritual, social e econômico são considerados. É importante que sejam criadas condições favoráveis à promoção de independência ao paciente. Deve haver percepção pelo enfermeiro reabilitador

em saber o que o paciente tem condições de realizar sozinho, mesmo que com dificuldade, e aquilo que há necessidade de auxílio. Os pacientes devem ser orientados, durante a internação, sobre a importância do autocuidado, sobretudo quanto à higiene corporal, alimentação e hidratação, estabelecendo conjuntamente metas dentro das possibilidades do momento (ESTEVES, 2003).

Autocuidado é a prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. As capacidades do indivíduo para engajar-se no autocuidado acham-se condicionadas pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sócio cultural, saúde e recursos disponíveis. Normalmente, pessoas adultas cuidam voluntariamente de si mesmas. Bebês, crianças, pessoas idosas, pessoas doentes e pessoas incapacitadas requerem total assistência ou prestação de cuidados, com atividades de autocuidado (GEORGE, 1993).

Os principais problemas e intervenções de Enfermagem no âmbito da reabilitação de deficientes físicos, se referem à manutenção da integridade física e motora. Conseqüentemente à diminuição ou ausência da mobilidade e sensibilidade, cuidados específicos e de caráter preventivo, são relevantes ao bem estar do paciente. Assim, a periodicidade para a mudança de decúbito varia entre 2 a 4 horas, bem como os posicionamentos adequados às condições do paciente, com ênfase para evitar deformidades e/ou úlceras por pressão, sobretudo em membros inferiores e nas regiões mais comuns como a occipital, sacra, cotovelos, joelhos e calcâneos (ESTEVES, 2003).

2.5 Reabilitação

A Reabilitação é um processo dinâmico, orientado para a saúde, que auxilia um indivíduo que está enfermo ou incapacitado para atingir seu maior nível possível de funcionamento físico, mental, espiritual, social e econômico. O processo de Reabilitação ajuda a pessoa a atingir uma aceitável qualidade de vida com dignidade, autoestima e independência (BRUNNER, 1993).

A assistência de Enfermagem na reabilitação tem como principais objetivos auxiliar o paciente a se tornar independente o máximo que puder dentro de suas condições, promover e incentivar o autocuidado através de orientações e treinamento de situações, preparar o deficiente físico para uma vida social, familiar

da melhor maneira possível e com qualidade (ESTEVES, 2003).

A reabilitação faz parte dos cuidados de Enfermagem enquanto um modelo assistencial, bem como uma especialidade. Os esforços da reabilitação devem começar no contato inicial com o paciente. Os princípios de reabilitação são básicos para o cuidado, mesmo na ausência da deficiência física e suas incapacidades, mas considerando o modelo assistencial da reabilitação, essencialmente preventivo, educativo e que aborda o binômio paciente/cuidador familiar. A assistência de Enfermagem na reabilitação tem como principais objetivos auxiliar o paciente a se tornar independente o máximo que puder dentro de suas condições, promover e incentivar o autocuidado através de orientações e treinamento de situações, preparar o deficiente físico para uma vida social, familiar da melhor maneira possível e com qualidade (ESTEVES, 2003).

Segundo MACHADO (2003), estudos acadêmicos de alguns autores optam por dividir o que denominam processo de reabilitação em fases distintas e progressivas, todas enfocando o grande conflito emocional que se instala no cliente, face às suas questionáveis perspectivas de vida a curto, médio e longo prazo. Analisou-se cada uma delas e o respectivo papel do enfermeiro na relação profissional/cliente:

- Fase de impacto ou choque: o momento em que a mudança na performance física é recebida como fator estressante. O cliente entra num estado de confusão mental, no qual não consegue perceber a magnitude do acontecido, sente a sensação de que seu mundo partiu, fica perplexo, em estado de pânico ou choque emocional, podendo tornar-se desorientado, intratável, errático, confuso e com distúrbios da percepção. Nessa fase ele interrompe seu vínculo com o mundo exterior, numa tentativa inconsciente de proteger a sua imagem corporal, mantendo-a íntegra. Uma fase que requer do enfermeiro maturidade para compreender os conflitos do cliente, particularmente, se predispondo a ouvir as suas queixas, angústias e dúvidas, com a máxima seriedade e imparcialidade (MACHADO, 2003).

- Fase de repercussão ou negação: durante ela o indivíduo procura fazer um balanço do que perdeu, avaliando as implicações da perda sofrida e começando a perscrutar alguma forma de substituí-la. Frequentemente, o cliente percebe a sua situação de maneira distorcida, em decorrência de suas dificuldades para aceitá-la, tentando manter assim a sua imagem corporal antiga. Esta fuga da realidade evita que ele entre em estado de depressão e/ou

ansiedade, posto que cria uma espécie de casulo ou carapaça, fazendo com que reaja de forma regressiva e aceite as orientações da equipe de maneira passiva, sem nenhuma iniciativa. As reações observadas nessa fase são: raiva, ansiedade, depressão, sentimento de culpa, que podem ser manifestados abertamente, através de crise de choro, ou, veladamente, sob a fachada de autocontrole emocional. Nessa fase, é importante que o enfermeiro mantenha a postura de cauteloso ouvinte dos conflitos existenciais do cliente, procurando despertar seu potencial de introspecção para que ele descubra a força de seu Eu interior. Nesta fase, o enfermeiro tem oportunidade para começar a coleta de informações que lhe serão fundamentais para elaborar o planejamento de cuidados de longo prazo (MACHADO, 2003).

· Fase de ajustamento ou reconhecimento: a persistência do quadro resultante das sequelas neurológicas, o início do processo de reabilitação e o contato com outras pessoas que experimentam a mesma situação fazem com que o cliente comece a tomar consciência de sua realidade. Contudo, as evidências geram uma depressão ou uma sensação de desvalorização pessoal tão forte que podem surgir ideias suicidas. Superadas as crises existenciais, ele começa a se recuperar dos aspectos negativos da mudança, passando a examinar os problemas relativos à possível necessidade de adaptações em seu ambiente domiciliário, por exemplo. Os sentimentos de dor diminuem e dão margem à emergência de alguma esperança no futuro, passando a se ocupar em aprender coisas novas e adquirir mais conhecimento e experiência. Nessa fase o enfermeiro deve procurar ocupar o cliente com orientações sobre o autocuidado, por exemplo, para que sua mente não gire em torno de ideias pessimistas, mostrando-se também interessado em compartilhar com ele seus conhecimentos sobre adaptações e/ou adequação dos ambientes domiciliários, inclusive, agendando com a família uma visita a sua casa, visando obter dados essenciais para planejar os cuidados de longo prazo (MACHADO, 2003).

· Fase de reconstrução: começa quando o cliente renuncia ao seu passado e se empenha na descoberta de soluções para os problemas deixados pelas sequelas neurológicas. Fica entusiasmado com os resultados obtidos com o programa de reabilitação e começa a se sentir recompensado por seus esforços. Ele substitui o que perdeu e começa um processo de valorização dos novos elementos, testando sua natureza e seus limites. Nesse momento, cabe ao enfermeiro avaliar periodicamente o planejamento que estabeleceu visando

alcançar o maior nível de independência do cliente para desempenhar sozinho os procedimentos técnicos de autocuidado, bem como as atividades da vida diária. É também importante enfatizar a força da fé, determinação e coragem como instrumentos essenciais para continuar sobrevivendo com dignidade, ainda que com a roupagem física diferente (MACHADO, 2003).

2.6 Saúde do idoso com deficiência física

Ao longo dos anos, a legislação nacional foi sendo aprimorada a fim de efetivar a Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência Física. Apesar de o Brasil ser um dos poucos países no mundo a ter legislação específica para estas pessoas, ainda se verifica que elas estão bastante excluídas da sociedade (RESENDE; VITAL, 2008).

Estudos que afirmam que o envelhecimento populacional e o despreparo da saúde pública mundial para atender às demandas desse segmento da população são indiscutíveis. O aumento da longevidade e o crescente número de idosos exigem que a sociedade se prepare não apenas com políticas públicas sociais e de saúde, mas com ações capazes de garantir-lhes os direitos de cidadania (LIMA, 2003; SCHOENENBERGER, 2006).

A proposta de construção da rede de atenção à saúde da pessoa idosa com deficiência física inclui um conjunto de estratégias e equipamentos integrados e vinculados no território. Novas práticas e cuidados que apontem desde as primeiras intervenções em processos de independência e de inclusão social da pessoa com deficiência na sua comunidade devem ser introduzidos e difundidos. Além disso, a rede de cuidados deve dispor de serviços com níveis de complexidade diferenciados, quais sejam: atenção primária, média e alta complexidade, para otimização dos atendimentos e resolutividade. A precocidade na detecção e a intervenção em relação a deficiências constituem pontos importantes no perfil do atendimento que se deseja construir para estes idosos. Estas pessoas precisam ter acesso a todos os outros tipos de serviços sem qualquer tipo de barreira, seja física, de informação ou de conhecimento (GIRONDI et al, 2014).

A atenção primária deve ser um cenário de vivências, experiências, construções e ressignificações, nesse sistema de cuidados que o idoso com

deficiência física está inserido. Por conseguinte, esse deve ser espaço em que a acessibilidade para o idoso com deficiência signifique estar em interação com o mundo onde ele vive, mesmo que isso implique, para os profissionais da saúde, em percebê-lo de forma diferente do habitual, como por exemplo, andando por meio de cadeira de rodas (GIRONDI et al, 2014).

É através da acessibilidade que esse idoso poderá não apenas atender suas demandas de saúde, mas também interagir com outras pessoas, participar de programas de educação em saúde e aprender mais sobre o cuidado de si. O que parece perturbar nos contatos com pessoas com deficiência é o fato de não saber lidar com elas (VERAS, 2009).

Cotidianamente os idosos têm convivido com a falta de assistência médica e escassas atividades de lazer, além das angústias relacionadas aos baixos valores das aposentadorias e pensões. Assim, é necessário refletir e trabalhar junto aos idosos com deficiência física não apenas com determinadas condições de saúde/doença, mas também como sendo estas originadas pelo contexto social/ambiental em que vivem, bem como pelas diferentes percepções culturais e disponibilidade de serviços e legislação (FABRICIO, 2008; FARIAS, 2005).

Para Veras (2001), apesar da Atenção Primária ser campo para o desenvolvimento das práticas de atenção à saúde da pessoa com deficiência física, especificamente no que se refere à inclusão e integração social, essas práticas ainda são pouco contempladas. Por isso, conforme os estudos de Batista et al. (2008), em nosso país, os serviços de saúde podem ser avaliados como inadequados para viabilizar os cuidados de que as pessoas idosas possam precisar.

A criação de políticas incluindo toda a sociedade, redes de apoio para o idoso dependente e sua família, assistência ao idoso que não dispõe de cuidados familiares e programas para prevenção de dependência funcional em idosos independentes são algumas das estratégias para promover a saúde dos idosos (CALDAS, 2003).

Corroborando com os estudos de Othero e Dalmaso (2009), é importante ressaltar que os idosos com deficiência física têm outras necessidades além da reabilitação ou de cuidados de longa permanência, e mesmo sob esse aspecto não costumam ser atendidos pelo sistema em vigor.

A garantia de acesso universal, princípio de universalidade do SUS, extrapola a dimensão individual. É responsabilidade coletiva, nos mais

diversificados níveis de atenção, a garantia desse acesso através de rede integrada de cuidados. O acesso à saúde extrapola a assistência em si e a acessibilidade aos serviços é fundamental para a concretização do direito que todos têm de obter serviços de saúde. É definido como o uso de serviços de saúde em tempo adequado para obtenção de melhor resultado possível (FLEURY, 1995).

Para Frenk (1992), o acesso refere-se ainda às características da oferta de serviços que facilitam ou impedem a sua utilização pelos usuários, além de representar a capacidade de oferta de produzir serviços e responder às necessidades das pessoas.

Outros pesquisadores levam em conta para definição de acesso as subcategorias: acesso geográfico (forma e tempo de deslocamento e distância da unidade à sua moradia); acesso econômico (custo de deslocamento, recebimento de insumos e medicamentos); acesso funcional (questões gerais que afetam o atendimento). Logo, as barreiras de acesso mais importantes são a disponibilidade ou presença física de serviços e recursos humanos (ADAMI, 1993; RAMOS, 2003).

3. METODOLOGIA

Neste capítulo mostra-se a caracterização do estudo, descrição do local da aplicação do estudo, participantes e as fases da pesquisa.

3.1 Caracterização do estudo

Este estudo, de acordo com a natureza dos objetivos, caracterizou-se por uma intervenção em saúde. A intervenção caracterizou-se no uso de palestras de forma dinâmica a fim de observar os relatos dos alunos a respeito dos assuntos abordados, sendo eles:

- Cuidados as pessoas com deficiência física e suas limitações
- Reabilitação e suas fases
- Assistência a enfermagem a pessoas com deficiência física
- Saúde do idoso com deficiência física
- Histórico evolutivo, nomenclaturas e definição sobre deficientes físicos

3.2 Descrição do estudo

O presente estudo aconteceu no Instituto Federal de Santa Catarina Campus Joinville, localizada na rua Pavão 1337, Costa e Silva, Joinville/SC. As ações da pesquisa tiveram início e término em setembro de 2016. Os executores da ação tiveram cinco encontros, realizado em quatro dias distintos. A duração de cada encontro foi de aproximadamente duas horas no período diurno.

3.3 Participantes

O estudo caracterizou-se como sendo o total de participantes os alunos que estavam presentes, sendo que nas salas escolhidas de Técnico de enfermagem na primeira fase, continham 23 alunos, segunda fase 24 alunos, terceira fase com 12, quarta fase com 18 alunos, e pós técnico em Saúde do Idoso com 4 alunos, totalizando 81 alunos.

3.4 Fases do estudo

O estudo se dividiu em 3 fases:

1ª fase: Revisão da literatura das questões inerentes sobre pessoas com deficiência física.

2ª fase: Apresentação sobre cuidados de pessoas com deficiência física a estudantes da área da saúde com o intuito de sensibilizá-los.

3ª fase: Análise dos dados observados dos participantes pelos palestrantes.

4. RESULTADOS

Através das análises realizadas das percepções dos participantes, foi possível entender mais sobre o conhecimento e as dúvidas que os participantes possuíam. Dentre as intervenções realizadas nas cinco turmas, percebeu-se que a grande maioria possuíam algum conhecimento a respeito do assunto abordado, e apresentaram situações que vivenciaram em relação a dificuldade de locomoção do deficiente físico, e a falta dos meios de transportes de qualidade para atendê-los melhor. Outro comentário foi relacionado a discriminação existentes ainda na sociedade que se observa no cotidiano, um exemplo ressaltado por um participante, foi de um cadeirante pegar um ônibus e os restantes dos passageiros reclamarem pelo fato da demora do cadeirante entrar no ônibus, observou-se a indignação deste participante ao relatar o que vivenciou. Alguns alunos também comentaram a respeito dos pais em relação aos seus filhos com deficiência física, que muitas vezes, acabam isolando-os da sociedade para protegê-los, impedindo-os de socializarem, outros relatos abordados, principalmente na turma saúde do Idoso, foram em relação a dificuldade de cuidar um idoso com algum tipo de deficiência física, uma aluna desta turma ainda, disse que trabalha em um lar de idosos e que vivência muito isso, e sabe como é difícil lidar com eles, de cuidá-los e a importância da presença da família com eles.

Foi relatado pelos alunos, aspectos sobre a falta de infraestrutura para essas pessoas, uma aluna relatou que possui um cadeirante na família, e que o mesmo não consegue se locomover nas calçadas das cidades, pela falta de acessibilidade, tendo que ir para a rua ao lado dos carros, colocando então sua própria vida em risco. Ainda sobre o mesmo assunto, foi ressaltado que a falta de acessibilidade dificulta muito a integração desses deficientes físicos. Observou-se também, por meio dos comentários realizados durante a intervenção, que poucos participantes apresentaram conhecimento sobre os termos corretos utilizados para o deficiente físico.

Uma questão interessante levantada, foi a respeito das paraolimpíadas, em que os alunos comentaram que isso ajuda a mostrar que apesar das limitações impostas pela deficiência, não os impediu de mostrarem que eles são capazes de realizar algo, seja no esporte ou em outro aspecto, e que não deve desistir de ideais.

Durante as intervenções, não houveram muitas dúvidas, somente algumas

a respeito dos tipos de deficiências existentes e as definições das mesmas, bem como o conceito de deficiência imposta pela organização mundial da saúde e da organização das nações unidas, os quais foram esclarecidas.

Portanto, verificou-se que os participantes se sensibilizaram com questões inerentes à pessoa com deficiência na sociedade e na saúde, por meio de suas expressões faciais, relatos, e pelo fato de uma integrante do projeto estar temporariamente com necessidades especiais, ajudou os participantes a entenderem o que um deficiente físico enfrenta diariamente e a compreenderem melhor que o fato de ser diferente é ser normal, e que apesar de muitos obstáculos a serem enfrentados, se cada um fizer a sua parte para tentar melhorar a qualidade de vida do deficiente físico, já fará uma grande diferença.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse projeto, observou-se uma evolução significativa quanto ao conhecimento dos participantes sobre PCD, embora uma grande parte da sociedade ainda não esteja preparada para lidar com isso pois, através de relatos de alguns participantes vimos a dificuldade devido à falta de infraestrutura adequada em alguns locais, acessibilidade e até mesmo egoísmo de algumas pessoas alegando que PCD os atrasaram.

Notou-se também, a necessidade de abordar esse tema em instituições de ensino fundamental e médio, afim de diminuir a indiferença de alguns sobre PCD e fomentar o desejo da sociedade em melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Sendo este um trabalho de intervenção, acredita-se termos alcançado os objetivos desse projeto, pois devido aos relatos e expressões dos participantes percebeu-se a comoção dos mesmos sobre o tema abordado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, R.C.T; OMOTE, S. Atribuição de gravidade á deficiência física em função da extensão do acontecimento e do contexto escolar. **Rev. Bras**, São Paulo, v.11, n.2, p.241-254, Ago, 2005.

Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas. Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, 09 de dezembro de 1975.

BARE, BG. **Brunner & Suddart: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993.

BRASIL. Ministério da Ação Social. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Política Nacional de Prevenção das Deficiências. Brasília, DF: CORDE. 1992

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Decreto Nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004.

BRASIL. Ministério da Justiça. **A Inserção da pessoa portadora de deficiência e do beneficiário reabilitado no mercado de trabalho**. MPT/Comissão de Estudos para inserção da pessoa portadora de deficiência no mercado de trabalho. Brasília/DF. 2001.

BUENO, J.G.S. **A integração social das crianças deficientes**: a função da educação especial. São Paulo: Memmon, Senac,1997.

GEORGE J. B. **Teorias de enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GIRONDI, J.B; et al. Acessibilidade de idosos com deficiência física na atenção primária. **Estud. interdiscipl. Envelhec**, Porto alegre, v. 19, n. 3, p. 825-837, 2014.

JOINVILLE. Secretaria da Educação. 28 de fevereiro. Disponível em: <<https://intranet.joinville.sc.gov.br/portaleducacao/noticia/imprimir-noticia/codigo/12>>. Acesso em 08 de Dezembro de 2016.

MACHADO, W.C.A. **O papel do enfermeiro no cuidar de clientes portadores de deficiência**. Entre Amigos – Rede de Informações sobre Deficiência, São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.entreamigos.com.br/textos/reabili/opapel.html>>. Acesso em 16 de Abril. 2015.

MENA, L.F.B. Inclusões e inclusões: a inclusão simbólica. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.20, n.1, p. 30-39, 200.

MUZA, G.M. A criança abusada e negligenciada. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, Vol. 70, Nº1, p.56-60, 1994.

PEDRINELLI, V.J. **Possibilidades na diferença:** o processo de 'inclusão', de todos nós. São Paulo.

SANTOS, B.R.L; MENDES, E.E.M. Programa de assistência de enfermagem a clientes portadores de danos cardiovasculares, no ambulatório de um hospital de ensino de Porto Alegre. **Rev Gaúcha de Enferm**, Porto Alegre, v.4, n.1, p.61-73, janeiro. 1983.

SASSAKI, R. K. **Como chamar os que tem deficiência?** São Paulo, Jan. 2005.

SILVA, N.L.P; DESSEN, M.A. **Deficiência mental e família.** Curitiba: UFPR, 2004. p. 161-183.

SCHULUNZEN, E.T.M; CUNHA,M.T.A; D' OLIVEIRA, M.P; OLIVEIRA, R.D. **O desenvolvimento de projetos e o uso do computador no ambiente de aprendizagem para crianças com necessidades especiais físicas.** 1999.

ZAGO, M.M.F. O papel do enfermeiro hospitalar no ensino do paciente. **Rev Esc Enferm**, São Paulo,v.26, n.3, p.359-64, dez.1992.