



Estácio

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
MSF — MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MESTRANDO: THIAGO DE ALMEIDA REIS

**PRÁTICAS E CONHECIMENTOS SOBRE SURDEZ EM UMA
UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE
DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro
ABRIL 2019

MESTRANDO: THIAGO DE ALMEIDA REIS

**PRÁTICAS E CONHECIMENTOS SOBRE SURDEZ EM UMA
UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE
DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* - Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Tereza Fonseca da Costa

Rio de Janeiro

ABRIL 2019

R347p Reis, Thiago de Almeida.
Práticas e conhecimentos sobre surdez em uma Unidade de
Atenção Primária na saúde do município do Rio de Janeiro. /
Thiago de Almeida Reis – Rio de Janeiro. – 2019.
100 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) –
Universidade Estácio de Sá, 2019.
Orientadora: Profa. Dra. Maria Tereza Fonseca da Costa.

1. Atenção primária em saúde. 2. Surdez. 3. Triagem. 4.
Diagnóstico. I. Costa, Maria Tereza, orient. II. Universidade
Estácio de Sá. III. Título.

CDD: 371.912098153



Estácio

Universidade Estácio de Sá

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A dissertação

PRÁTICAS E CONHECIMENTOS SOBRE SURDEZ EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO
elaborada por

THIAGO DE ALMEIDA REIS

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro, 12 de abril de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Maria Tereza Fonseca da Costa - Presidente
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Luciana Maria da Matta Borges de Souza
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Valéria Ferrelira Romano
Universidade Federal do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Cotinha e Luiz Davis, pelo amor incondicional e sacrifícios pessoais visando minha formação, que permitiram toda a minha caminhada.

Ao meu irmão Thales pelo estímulo durante a jornada.

À minha família por estar sempre presente e disponível em todos os momentos.

Aos amigos de mestrado, por todos os momentos compartilhados e apoio durante essa trajetória.

Aos participantes da pesquisa, médicos e enfermeiros, das equipes de Saúde do PSF da CF Sergio Vieira de Mello, por colaborarem para realização desse trabalho, pelo apoio e pela atenção inestimáveis.

À minha orientadora Profa Maria Tereza, pela paciência e pela contribuição para meu enriquecimento didático-científico.

Aos coordenadores dos serviços, pela possibilidade, oportunidade e receptividade durante a pesquisa em unidades sob sua supervisão.

DEDICATÓRIA

Dedico à minha Mãe por estar de uma maneira sempre tão energizante ao meu lado, através dos seus olhos fui impulsionado a seguir meu caminho com muito amor e buscar sempre ultrapassar limites.

RESUMO

A perda auditiva é um problema de saúde muito prevalente, com implicações para a vida do indivíduo e de seus familiares. A assistência social, a educação especial, a perda da produtividade e saúde desta população são onerosas para os indivíduos e a sociedade, o que justifica ações e políticas públicas integradas. Na atenção primária à saúde está reconhecida uma boa oportunidade de rastreamento e cuidado integral às pessoas com perda auditiva ou surdez. **Objetivos:** O objetivo geral do estudo foi analisar os conhecimentos e práticas de profissionais de equipes da saúde da família, sobre perda auditiva e surdez, em unidade de atenção primária do município do Rio de Janeiro. Os objetivos específicos estavam organizados para pesquisar aspectos sobre o rastreamento, a detecção e o acompanhamento de perda auditiva ou surdez em unidade de atenção primária. **Método:** Foi realizado um estudo de caso em unidade de atenção primária em saúde, considerada padrão de boas práticas, por ter programas de residência em saúde da família de medicina e enfermagem. Foram realizadas entrevistas com profissionais médicos e enfermeiros das equipes da unidade em estudo. Na análise de resultados das entrevistas, foram definidas categorias e subcategorias, utilizando-se metodologia de análise de conteúdo. As categorias discutidas estavam ligadas a acesso; representação social da surdez; práticas, atitudes e conhecimentos dos profissionais; triagem auditiva; regulação e consequências para a saúde. **Resultados:** Relato sobre agenda oculta e perda auditiva indicou interesse de profissionais em reconhecer a perda auditiva, além do que a pessoa apresenta como queixa, na atenção primária em saúde. Todos os profissionais relataram a importância da triagem auditiva neonatal, mas houve insuficiência de relatos sobre práticas de rastreamento auditivo em outras faixas etárias. A utilização da linguagem brasileira de sinais foi colocada como essencial pelos profissionais, no intuito de ampliar as possibilidades de comunicação e cuidados em saúde, ao mesmo tempo que foi geral o relato dos profissionais sobre dificuldades nesta comunicação e insuficientes conhecimentos para a atenção integral à pessoa com surdez.

Palavras-chaves: Atenção Primária em Saúde; Surdez; Triagem; Diagnóstico.

ABSTRACT

Hearing loss is a very prevalent health problem, with implications for the life of the individual and his family. Social assistance, special education, loss of productivity and health of this population are burden some for individuals and society, which justifies integrated public policies and actions. In primary health care, a good opportunity for screening and comprehensive care of people with hearing loss or deafness is recognized. **Objectives:** The main objective of this study was to analyze the knowledge and practices of family health professionals on hearing loss and deafness in a primary care unit in the city of Rio de Janeiro. The specific objectives were organized to investigate aspects about the screening, detection and monitoring of hearing loss or deafness in the primary care unit. **Method:** A case study was conducted in a primary health care unit, considered a standard of good practice, for having residency in the family health's medical and nursing programs. Interviews were conducted with general phisicians and nurses from the teams of the unit under study. In the analysis of interview results, categories and subcategories were defined, using content analysis methodology. The categories discussed were linked to access; social representation of deafness; practices, attitudes and knowledge of professionals; hearing screening; regulation and consequences for health. **Results:** Report on hidden agenda and hearing loss indicated the interest of professionals in recognizing hearing loss, in addition to what the person presents as a complaint, in primary health care. All professionals reported the importance of neonatal hearing screening, but there were insufficient reports of auditory tracing practices in other age groups. The use of the brazilian language of signs was placed as essential by professionals in order to increase the possibilities of communication and health care, while at the same time it was general the report of the professionals about difficulties in this communication and insufficient knowledge for the integral attention to the person with deafness.

Key-words: Primary Health Care; Deafness; Screening; Diagnosis

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 — Áreas Programáticas da Atenção Primária	38
Figura 2 — Território da Clínica de Família Sérgio Vieira de Mello	39

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Desenvolvimento da Linguagem na Criança.....	21
Quadro 2	Documentos, Protocolos e Recomendações sobre Perda Auditiva.....	25
Quadro 3	Evolução normativa sobre perda auditiva e surdez	35
Quadro 4	Características sócio demográficas dos participantes.....	45
Quadro 5	Categorias e subcategorias de análise para análise da entrevista	50

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 — Tempo de Atuação na APS	47
Gráfico 2 — Tempo de Atuação na CFSVM	48
Gráfico 3 — Formação e capacitação em saúde auditiva	48

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CCE	Células Ciliadas Externas
CCI	Células Ciliadas Internas
Cm ³	Centímetro Cúbico
CMV	Citomegalovírus
dB	Decibel
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
Hz	Hertz
HHIE	Hearing Handcap Inventoru for Elderly
HMS	The Hearing Mensurament Scale
INES	Instituto Nacional De Educação Dos Surdos
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
Libras	Língua Brasileira De Sinais
OEA	Otoemissões acústicas
EOAEE	Otoemissões acústicas de estado estável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
Peate	Potencial Evocado de Tronco Encefálico
PSF	Programa Saúde da Família
PAIR	Perda Auditiva Induzida por Ruído
QDS	Quantified Denver Scale
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAC	<i>The Self Assessment of Comunication</i>
SF	Saúde da Família
SIP	Sickness Impact Prolive
SUS	Sistema Único de Saúde
TAN	Triagem Auditiva Neonatal
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SURDEZ	17
2.2 RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DA PERDA AUDITIVA/SURDEZ	21
2.3 RECOMENDAÇÕES E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE SURDEZ	24
3 OBJETIVOS	38
3.1 OBJETIVO GERAL	38
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
4 METODOLOGIA	39
4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA	39
4.2 CENÁRIO DE PESQUISA.....	40
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	42
4.4 COLETA DE DADOS.....	43
4.5 ESTRATÉGIA DE ANÁLISE	45
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	446
5 RESULTADOS	457
5.1 PERFIL DO ENTREVISTADO.....	457
5.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	491
6 DISCUSSÃO	802
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICE A	96
APÊNDICE B	97
APÊNDICE C	99

1 INTRODUÇÃO

A batalha dos deficientes físicos contra preconceitos e discriminação tem acumulado vitórias, porém resquícios da lógica subversiva e perversa ainda hoje causam tormento a estes seres humanos criando dificuldades e negando direitos fundamentais. (COSTA et al., 2006).

Ao longo da história, os surdos foram tratados de diferentes maneiras. Costa et al. (2006) mostram que no Egito e na Pérsia os surdos eram considerados indivíduos privilegiados, enviados dos deuses, por não falarem e viverem em silêncio. Para eles, os surdos conversavam em segredo com os deuses. Os surdos, na Grécia, eram vistos como inválidos e um estorvo para a sociedade, sendo condenados à morte — lançados abaixo do topo de rochedos de Taygète, nas águas de Barathere, os sobreviventes viviam como escravos ou isolados.

Na Espanha, em 1555, o padre Pedro Ponce de León, um beneditino, educou um indivíduo surdo de família nobre pela primeira vez. O abade Charles Michel de l'Épée, já em 1750, foi um dos responsáveis pela mudança nos rumos da educação dos surdos; o religioso fundou a escola que viria a ser o Instituto de Surdos de Paris (DUARTE et al., 2013).

A história da inserção social e educacional dos surdos, no Brasil, teve início em 1855, quando um professor francês, Hernest Huet, foi chamado pelo imperador Dom Pedro II para iniciar um trabalho de educação com os surdos. Em 1857, o Instituto Nacional para Surdos-Mudos — atual Instituto Nacional de Educação dos Surdos (INES) — foi fundado, e surgiu a Libras (Língua Brasileira de Sinais). A luta contínua do povo surdo culminou com a oficialização da Libras, aprovada e publicada no Diário Oficial da União, na forma do Decreto n. 5.626, de 22 de dezembro de 2005, que regulamentou a Lei n. 10.436/02, de 24 de abril de 2002 (DUARTE et al, 2013).

Deficiência auditiva é um conceito mais amplo, subjetivo e complexo comparado ao de perda auditiva, que considera critérios não somente biológicos e físicos, mas também o modelo de inserção do indivíduo na sociedade, voltando-se à saúde pública nas implicações médico-legais; dever do estado para com a saúde da população, seja ele promoção, seja prevenção, seja tratamento, seja readaptação social do indivíduo (COSTA et al., 2006).

Foi possível verificar avanços dos direitos do deficiente auditivo com o estabelecimento de políticas públicas nacionais voltadas para a saúde auditiva. Em 2004, a publicação da Portaria n. 587, de 7 de outubro, que instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, foi um marco importante no direito à saúde auditiva do brasileiro. A publicação da Lei n. 12.303, em 2010, que institui a obrigatoriedade da realização da Triagem Auditiva Neonatal (TAN) em hospitais e maternidades públicas do país, foi considerada como um passo importante para a consolidação do diagnóstico e intervenção precoce da perda auditiva (BRASIL, 2010b).

A aquisição da linguagem é algo inerente ao ser humano em desenvolvimento, sendo desenvolvida a partir das experiências individuais. É nos primeiros anos de vida que esse processo atinge o clímax (GRETERS et al., 2017). O sentido da audição representa uma das bases no processo de aprendizagem, talvez o mais importante, e é por ele que se possibilita o desenvolvimento da linguagem verbal. Na criança em desenvolvimento, a ocorrência de uma perda auditiva profunda pode ocasionar um imenso prejuízo, às vezes irreparável, limitando sua forma de comunicação, chegando até a impedir a capacidade de abstração do raciocínio (ANGELI, 2009).

O atraso no atendimento e/ou diagnóstico, dependendo da severidade do comprometimento sensorial, pode gerar consequências negativas para o desenvolvimento do indivíduo devido à íntima relação entre a audição e o desenvolvimento físico e mental. Esse atraso de linguagem pode ser comum e superável, mas a persistência é deletéria ao comportamento, aprendizado, habilidades sociais e saúde mental desse indivíduo na idade adulta, não podendo ser desvalorizado (BAPTISTA et al., 2015; BOYLE, 2011).

Deve ser lembrado que, no Brasil, é aos 6 anos que a criança inicia a alfabetização. A criança que apresenta dificuldades com a linguagem oral pode apresentar menos oportunidades de desenvolver a linguagem escrita no mesmo momento das demais crianças, levando em consideração que parte da referência da oralidade é usada para se correlacionar com a linguagem escrita (BAPTISTA et al., 2015).

Outro fato a ser sempre lembrado é o prejuízo que pode ser sentido com a perda auditiva — o comprometimento da comunicação —, levando deterioração emocional, social e ocupacional. A degradação da audição está relacionada por muitos como indicativo do envelhecimento. O sistema auditivo periférico e central

sofre os efeitos da idade, que se associam com a diminuição da capacidade cognitiva, do decréscimo da compreensão da fala no ruído e em locais com reverberação. A associação desses fatores dificulta o desempenho adequado do papel do idoso na sociedade (MONDELLI; SOUZA, 2012).

As vias auditivas centrais apresentam ligações com vias vestibulares, de aprendizado e com vias relacionadas à memória. Essas ligações podem ser utilizadas como preditores de quedas ao serem avaliados testes auditivos em idosos, o que está intimamente relacionado com a qualidade de vida na terceira idade (GRETERS et al., 2017).

Em uma conversa, o indivíduo decodifica e identifica a mensagem recebida por ação do processamento auditivo e da linguagem. Uma recepção ruim força o indivíduo a utilizar mais recursos cognitivos, demandando maior esforço para escutar. A memória para recordar o que foi ouvido e os processos mentais para compreender tornam-se limitados, prejudicando atividades cotidianas (GHIRINGHELLI et al., 2013).

No idoso, a perda auditiva é um grande limitador, contribuindo até para o aparecimento de distúrbios psiquiátricos, aumentando o isolamento social do indivíduo portador. Com a transição demográfica, haverá um aumento significativo dessa patologia, o que torna urgentes políticas voltadas para a capacidade auditiva na terceira idade para que estes possam gozar em plenitude das relações sociais (GHIRINGHELLI et al., 2013).

Os padrões de comunicação adquiridos ao longo da vida podem ser prejudicados e alterados, e parâmetros garantidos de comunicação podem tornar-se não mais funcionais com a perda auditiva. No momento em que essa dialética se desfaz, pessoas envolvidas podem ser afetadas. Quando a comunicação quebra, todas as pessoas envolvidas em um relacionamento são afetadas (WALLHAGEN et al., 2004). A deficiência auditiva é um estado que vai além do fato de o indivíduo não captar totalmente os sons; gera alterações psicossociais graves em sua vida e de todos ao redor deste (MONDELLI; SOUZA, 2012).

A pobreza de relações sociais geradas por patologias tem se tornado um fator de risco à saúde tão danosa quanto o fumo, a pressão arterial elevada, a obesidade e a ausência de atividade física (ANDRADE, 2002).

As perdas auditivas que foram tratadas com reabilitação auditiva verificaram

uma diminuição na dificuldade de participação nas atividades — de 42% a 45% —, e o uso de aparelhos auditivos para amplificação sonora gerou uma melhora nas funções cognitivas da memória, da atenção, da capacidade de comunicação e da interação social levando a um incremento na qualidade de vida (GHIRINGHELLI et al., 2013).

A satisfação no uso de próteses auditivas pode ser avaliada por meio de questionários de auto relato. A análise do questionário mostrou que as principais causas de insatisfação poderiam ser sanadas com acompanhamento periódico. Os problemas detectados não necessitam de ajustes e/ou reparos nas próteses, mas são gerados por fatores subjetivos do próprio usuário em relação ao aparelho auditivo. Através de uma mínima instrução sobre o assunto, diversas queixas deixariam de existir (IWAHASHI et al., 2013).

Os indivíduos protetizados tendem, por falta de orientação e/ou intervenção, diminuir o uso, o benefício e a satisfação com o passar do tempo. Os motivos causadores de prejuízo ao uso são facilmente contornáveis, como falta de compreensão da fala, o tempo insuficiente dado para as orientações e o aconselhamento falho em sanar todas as dúvidas provenientes dos deficientes auditivos (IWAHASHI et al., 2013).

O nível de saúde da atenção primária pode ter grande colaboração para programas de saúde auditiva, em especial no infantil, através do agente comunitário pelo seu próximo contato com as famílias. A ação desse profissional inicia com a ajuda na identificação e resgate de famílias que não terminam o Teste Auditivo Neonatal e identificação de possíveis indivíduos com desordens adquiridas (BRASIL, 2012).

As famílias de pessoas com patologias auditivas relatam um desconhecimento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde quanto aos serviços prestados pelo Estado. Na identificação do problema auditivo foi sentida pelos familiares uma falta de acolhimento e de informações iniciais para a surdez (SILVA, 2013).

Para o comunicado do diagnóstico de surdez para as famílias, deve-se pensar sempre nas condições sociais, culturais e emocionais dos pais. O acolhimento dos envolvidos na surdez, para minimizar a sensação de isolamento saboreada pela família, leva a um melhor desenvolvimento da criança por facilitar decisões de conduta e intervenções na criança (SILVA, 2013).

O SUS, para atingir a integralidade na atenção auditiva, deve se organizar para executar suas ações por meio de protocolos de colocação de prótese auditiva, melhorando, desta maneira, a sua assistência e tornando-a mais eficaz. Essa mudança só será possível mediante articulações intrasetoriais entre a rede de vigilância de saúde e as redes de assistência de saúde, melhorando, assim, o sistema de referência e contra referência (SILVA, 2013).

No Plano Viver sem Limites vemos um destaque para a comunicação intersetorial, priorizando a atenção à saúde, inclusão social e qualidade de vida do indivíduo portador de deficiência com base na rede de cuidados. Ressalta também que, para o desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde, deve-se melhorar a informação dos profissionais sobre os serviços disponíveis na rede, a regulamentação das demandas e fluxos assistenciais. A construção de indicadores para monitoramento e avaliação dos serviços além da resolubilidade da atenção à saúde (SILVA et al., 2015).

Destacamos o fato de que se estima que 1,1% da população geral do Brasil tenha deficiência auditiva, sendo a menor proporção desse indicador observada na Região Norte (0,8%). Em levantamento no país, a deficiência auditiva estava mais frequente nas pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto (1,8%) e no grupo de 60 anos ou mais de idade alcançou uma taxa de 5,2%. A deficiência auditiva foi a única que apresentou resultados estatisticamente diferenciados por cor ou raça: a proporção para os brancos (1,4%) foi superior à observada para os pretos e pardos (0,9% em ambos) (BRASIL, 2015).

No Brasil, os estudos epidemiológicos mostram que a prevalência da deficiência auditiva tem sido de 1 a 2:1.000 na Triagem Auditiva Neonatal Universal, e chegando a taxas de até 20 a 50:1000 em triagens auditivas realizadas em unidades de Terapia Intensiva Neonatal (BRASIL, 2000, 2009). Sabe-se que a prevalência da deficiência auditiva congênita supera a de muitas afecções passíveis de triagem na infância, como a fenilcetonúria, a anemia falciforme, o hipotireoidismo congênito e a hiperplasia adrenal congênita (WALLHAGEN et al., 2004), fato que aumenta e justifica a preocupação governamental.

O presente estudo, ao observar como a surdez está sendo conduzida na atenção primária, pode ajudar a dar substrato para o desenvolvimento de projetos e técnicas que levem maior equidade e universalidade para o cidadão brasileiro.

O foco na forma como a equipe de Saúde Primária trata e conduz o paciente com surdez ou perda auditiva pode ajudar a destacar práticas e conhecimentos positivos ao paciente com deficiência, podendo, dessa maneira, difundir condutas que garantam a integralidade para esses pacientes.

Os portadores de necessidade especial, desde o início, sofrem preconceitos e discriminação. A atenção voltada para o cuidado a esse grupo pode levar a uma maior atenção aos direitos que são garantidos pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde e respaldados pela legislação brasileira.

A deficiência auditiva é uma entidade prevalente e que tende a aumentar na sociedade moderna, da infância ao idoso. Os aspectos que envolvem a audição ainda são pouco abordados com o enfoque na atenção primária, tendo em vista que essa é a principal porta de entrada para o sistema de saúde e o nível de atenção em que ocorre o acompanhamento do cidadão.

A Atenção Primária à Saúde (APS) no modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF) pode não somente fazer cumprir diretrizes e leis, mas garantir um desenvolvimento adequado e uma vida plena para todos que busquem apoio no SUS. Esta foi a principal motivação pessoal para realização desta pesquisa, sendo o pesquisador médico especialista em otorrinolaringologia, com vivência no atendimento de pessoas com surdez, mas que também atuou como médico em equipe da ESF, no município do Rio de Janeiro, por um período de doze meses, reconhecendo a necessidade de serem investigadas as maiores possibilidades de resultados neste nível de atenção.

Apesar de ser notória a importância desse nível de atenção no SUS, vivenciamos um momento crítico com rupturas e restrições que podem comprometer o modelo de cuidados primários em evolução. Na situação recente deste município, repasses financeiros irregulares geram atrasos salariais e diminuição das estruturas acessórias ao atendimento. O número de agentes comunitários em contínua redução com manutenção de suas funções. Ampliação do número de pessoas cadastradas para cada equipe de saúde da família, além da redução do número total de equipes por unidade o que leva a aumento da demanda por profissional.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Aspectos Epidemiológicos da Surdez

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2017, 360 milhões de pessoas apresentavam perdas auditivas, sendo 32 milhões de crianças, gerando um custo anual de US\$750 bilhões, que inclui os custos do setor da saúde (excluindo o custo dos aparelhos auditivos), os custos do apoio à educação, a perda de produtividade e os custos sociais (WHO, 2017). No Brasil, para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pelo censo realizado em 2010, um total de 9,7 milhões de brasileiros possuem deficiência auditiva, e crianças e jovens até 19 anos, cerca de 1 milhão (IBGE, 2010). Nos Estados Unidos da América, o custo do tratamento durante toda a vida de uma criança com surdez congênita é estimado em US\$1 milhão. Esse custo é gerado por necessidade de educação especial, serviços sociais e de suporte à diminuição da produtividade de adultos surdos (MIZIAR et al., 2012).

Nos EUA, 90% das crianças surdas nascem de casais ouvintes, e os familiares esperam que as crianças surdas assimilem a cultura falada/ouvinte e não se tornem fluentes em linguagem de sinais. Aproximadamente 40% das pessoas surdas têm problemas de saúde mental comparando com 25% da população ouvinte. A depressão e outras doenças podem ser mal diagnosticadas por inadequação dos métodos correntes de *screening*. Os profissionais de saúde, ao não saberem a língua de sinais e usarem pessoas bilíngues para tradução, afetam a confidencialidade e aumentam a desinformação. Parentes podem não transferir toda a informação e tomar a decisão pelos pacientes (RICHARDSON, 2014). A língua de sinais como qualquer outra maneira de comunicação, não materna, demanda esforço e persistência para seu aprendizado. O profissional em sua formação poderia ser contemplado com esse assunto e ter constante reciclagem tendo em vista a constante mutabilidade da língua.

Para Chisolm et al. (2007), é a terceira causa de doença crônica mais comum nos EUA nos indivíduos acima de 65 anos. A disacusia mais comum é a perda sensorial neural que, por acometimento primário do ouvido interno, leva à perda da sensibilidade auditiva. A consequência da alteração auditiva não se limita à capacidade de ouvir, mas também podem limitar e restringir atividades sociais, afetando todos os que interagem ao redor desse indivíduo. As patologias já descritas incluem isolamento social, depressão, ansiedade e solidão. A preocupação para a

avaliação da qualidade de vida dos pacientes com deficiência auditiva decorre da mudança do foco no envelhecimento, da autoavaliação da percepção da saúde e do uso da medida de qualidade de vida para comparar populações-alvo.

Chisolm et al. (2007) também relatam a importância de o médico generalista deter o conhecimento básico de audiologia. Em pacientes com problemas psíquicos de difícil controle deve-se suspeitar sempre, e o uso de aparelho auditivo pode diminuir a depressão e a ansiedade em determinados pacientes, melhorando a condição psicológica, emocional e social.

O estudo faz uma avaliação epidemiológica da população para verificar a prevalência de perda auditiva e sua intensidade. Tendo verificado a presença de perda auditiva grave em 0,4% e ausência de perda profunda, Bevilacqua et al. (2013) discorrem sobre a importância de orientar a população, qualificar o profissional e melhorar os serviços e destacam as diversas maneiras possíveis para incrementar a capacitação profissional.

Os pacientes surdos têm a língua falada como uma segunda língua e tendem a ter subempregos, educação limitada, maior taxa de desemprego e desafios culturais e linguísticos para utilizarem o sistema de saúde. Esse conjunto de fatores leva a uma saúde debilitada e uma baixa utilização do sistema de prevenção (RICHARDSON, 2014).

Na década de 1960, nos Estados Unidos, influenciados por programas de intervenção social, surgiram avaliadores de programas que pensavam ser possível uma padronização de qualidade. Esse instrumento de intervenção ligava-se ao fato de o Estado ser provedor de um bem-estar social. Nos anos 1990 foi verificada uma ampliação dos estudos nas áreas de “avaliação de decisão” que abrangem consensos e guidelines; utilizavam o conhecimento científico para melhorar a prática profissional propondo articulações, transformações e atuações direcionadas por um panorama político. Pesquisas avaliativas que empregam metodologia com propostas estruturadas em “pacotes” são frequentes nos países periféricos onde a falta de recursos associada à otimização do tempo de aprendizado e adaptação aos contextos vividos a tornam uma alternativa viável (NOVAES, 2000).

Com base no modelo de avaliação de Donabedian (1988), em que se observa a estrutura, o processo e o resultado dos serviços de saúde, pode-se buscar a

ampliação dos direitos dos usuários. Após a observação e correlação com a estrutura, o conhecimento gerado pode buscar maneiras de fortalecer a integralidade e equidade da atenção.

Ferrite, Santana e Marshall (2011) relatam a possibilidade do uso da perda auditiva auto relatada para inquéritos epidemiológicos e na vigilância da disacusia em pacientes adultos pela boa sensibilidade e especificidade, além de ser de custo baixo e fácil execução. No nível individual não há a possibilidade de substituição do exame audiométrico.

A visão de saúde pública por Oliveira et al. (2013) é que, além da preocupação da triagem auditiva, se deve manter uma observação sobre os indicadores de risco para deficiência auditiva e dos indivíduos implicados no diagnóstico para poder guiar o planejamento político visando à prevenção. Esses indicadores podem ser usados pelos profissionais para estabelecer condutas associadas ao fato de o surgimento da perda auditiva poder ser tardio ou mesmo ter progressão da patologia já existente ao nascimento.

O Programa de Saúde Auditiva Infantil tem como destaque o acompanhamento pela atenção primária, em especial o agente comunitário de saúde, tendo essa participação alargada no Decreto 7.612/2011, com ampliação e qualificação visando uma reestruturação do sistema de busca e acompanhamento da criança com deficiência auditiva, o resgate das famílias que não terminaram o TAN (descrita suas fases em capítulo específico) e a identificação de crianças com possíveis desordens auditivas. A atuação seria com o estímulo das famílias, educação e proliferação da importância do rastreamento, identificação de casos possíveis, apoio à família já diagnosticada e ajuda na adesão ao tratamento de reabilitação (CASTRO et al., 2015).

Alvarenga et al. (2011) levam luz sobre as considerações de alta complexidade para o rastreamento auditivo neonatal e a necessidade do constante rastreamento e busca para se ter um rápido acesso aos pacientes pediátricos. Muitas dessas famílias, sem a ajuda pública, não teriam recursos para o acesso TAN. Existe também um grande número de evasões e descontinuidades na avaliação audiológica; entre os motivos destacam-se a falta de disponibilidade dos pais, o desconhecimento da família da importância da detecção precoce e intervenção e a formulação da ideia de que ao reagir a sons ambientais a criança obrigatoriamente desenvolverá, de maneira adequada, a fala e a linguagem. Uma maneira apontada para melhorar a adesão seria

uma maior atenção após o exame, a explicações sobre perda auditiva de início tardio e à conscientização da família sobre os aspectos etiológicos da perda auditiva, a importância do diagnóstico e do processo terapêutico.

Na relação de perda auditiva e estado funcional/psicossocial, ao ser avaliada e correlacionada com o questionário *Sickness Impact Profile* (SIP), questionário com 136 itens que fornece informações sobre o estado geral da saúde funcional do adulto, foi verificada a correlação entre maior pontuação no SIP e comprometimento funcional, sua maior pontuação também está ligada a um aumento da autoavaliação de disfunção física e psicossocial (KATZ, 1999).

Conforme Katz (1999), a escala *Hearing Handicap Inventory for the Elderly* (HHIE) dá a autopercepção dos efeitos emocionais e sociais da deficiência auditiva, e a *Quantified Denver Scale of Communication Function* (QDS) quantifica a dificuldade de comunicação, percebida secundariamente a deficiência auditiva; pontuações maiores nessas escalas se relacionariam a dificuldades sociais emocionais e na comunicação.

Os testes de fala proporcionam informações diretas, facilmente mensuráveis sobre: a) a imprecisão auditiva que deriva da perda auditiva; b) a capacidade de distinguir sons em momentos definidos; e c) a capacidade de identificar monossílabos e sentenças (KATZ, 1999).

A diferença entre “deficiência auditiva” e “surdez”: a primeira relaciona-se a todos os indivíduos com perda auditiva, e o segundo termo é usado para a perda profunda maior que 90 dB (19). Pelo INEP, o indivíduo surdo é considerado aquele que tem “perda auditiva acima de 71 dB, verificada pelo audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz” (BRASIL, 2010, p. 34). Já a deficiência auditiva se refere a uma perda bilateral, parcial ou total, entre 41 dB e 70 dB, nas mesmas frequências. No Decreto 5.626/2005, que trata especificamente da educação de surdos, a deficiência auditiva é entendida como “a perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz” (BRASIL, 2005, art. 2º, parágrafo único).

A diferença entre as classificações pode atrapalhar o julgamento na atenção básica e, com isso, recair em iniquidade de julgamento e, conseqüentemente, direitos.

No decreto não há uma limitação para perda auditiva diferenciando de surdez (RESENDE et al., 2013).

2.2 Rastreamento e Diagnóstico da Perda Auditiva/Surdez

O cuidado longitudinal característico da atenção primária tem por principal finalidade manter o desfrutar pleno da vida pelo cidadão nos seus diferentes ciclos de vida mesmo com as limitações impostas pela modificação corporal ao longo da vida. A organização de meios e condutas de fácil aplicação para o rastreio de alterações orgânicas pode otimizar os recursos humanos disponíveis nas unidades básicas.

Em um contato inicial o coordenador do cuidado poderia analisar as condições de pré-natal, parto e nascimento, associando-os a informações colhidas com a mãe da criança, relacionadas a fatores de risco para a perda auditiva. Esses fatores demandam um olhar mais próximo para a capacidade auditiva e sobre o desenvolvimento da criança (BRASIL, 2012c).

Quadro 1 — Desenvolvimento da Linguagem na Criança

Idade	Aspectos da Linguagem
0 - 2 m	Acorda com sons fortes
0 - 3 m	Acalma com sons moderadamente fortes e músicas
4 - 5 m	Presta atenção nos sons e vocaliza
6 - 8 m	Localiza a fonte sonora; balbucia sons ex. : “dada”
12 a 17 m	Aumenta a frequência de balbucio e inicia a produção das primeiras palavras; entende ordens simples ex.: “dar Tchau”
18 m	Fala no mínimo, seis palavras
2 anos	Produz frases com duas palavras
3 anos	Produz sentenças

Fonte: BRASIL, 2012c.

A verificação do resultado da Triagem Auditiva realizada na maternidade é de suma importância para o planejamento das condutas para a criança quanto a novos exames e consultas na atenção secundária

Em caso de falha no primeiro teste, em até 30 dias o exame deve ser repetido. Na ocorrência de nova falha no reteste, o recém-nascido deve ser fazer o PEATE automático antes da alta hospitalar ou no ato do reteste. Caso o PEATE seja feito

ainda na maternidade e tenha obtido resposta insatisfatória, deverá ser repetido em 30 dias. As crianças que falharem nas EOAE, mas apresentarem respostas satisfatórias no PEATE, devem ser reavaliadas em três meses para se ter certeza de que não se existem outras alterações em orelha média que levem a perdas auditivas permanentes de baixa intensidade.

Na realização de otoemissões Acústicas colocamos uma sonda no CAE e esta aplica um estímulo sonoro e capta a resposta sonora proveniente da cóclea em resposta ao estímulo. A resposta positiva nos possibilita dizer que o indivíduo testado não apresenta perda auditiva no momento da realização do teste. O exame BERA ou PEATE coloca-se eletrodos em partes específicas do crânio e após estímulo sonoro capta-se a variação elétrica do trajeto do sistema auditivo, a sua amplitude e forma possibilita observar o possível local, o tipo e quantificar o desvio da normalidade.

Na conclusão da triagem, caso os resultados sejam satisfatórios, serão feitas orientações aos pais sobre o desenvolvimento da criança através dos marcos de desenvolvimento da linguagem preconizados pela Organização Mundial da Saúde (Quadro 1) e anotando seus resultados na caderneta da criança.

O Brasil é um país continental e, como tal, apresenta muitas diferenças em seu território. Tais singularidades podem ser percebidas pela cobertura da triagem auditiva. Griz et al. (2011) relatam a extrema necessidade da realização da triagem auditiva em todas as crianças, porém essa importância é ainda maior em pacientes com indicadores de risco. Os indicadores relatados nos recém natos são: nascimento pré-termo, permanência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), uso de medicação ototóxica, uso de ventilação mecânica e baixo peso ao nascimento, antecedente familiar de perda auditiva e hiperbilirrubinemia ao nascimento.

A triagem, no adolescente, foi proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) em caso de o profissional da saúde detectar queixas de dificuldades escolares, diminuição de atenção e concentração, distração, irritabilidade, timidez, pois a sintomatologia nem sempre se apresenta evidente.

De acordo com Costa et al. (2006), a perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR) é uma patologia frequente entre trabalhadores da construção civil, militares e pessoas expostas a sons com alta energia por longos períodos sem proteção. Somente em

1994 surgiu o Comitê Nacional de Ruído e Conservação Auditiva para o estudo sobre essa área. Essa alteração apresenta-se sempre sendo uma perda sensorial neural, irreversível, nas frequências de 6,4 e 3 kHz, não ultrapassando 40 dB em baixas frequências, e 75 dB, nos agudos.

A PAIR pode ir além de dificuldades auditivas, gerando nos seus portadores alterações do sono, tremores, alterações pupilares, tremores oculares, alteração da percepção das cores, tonturas, alterações digestivas e cardiovasculares. Essa doença, além do fato de ser legalmente importante no ponto de vista das leis trabalhistas, traz com ela também a ideia da visão integral sobre o usuário no SUS (COSTA et al., 2006). A captação destes sintomas associados a história de trabalho com exposição a ruídos com uso ou não de EPI justifica a busca e acompanhamento da perda auditiva de rotina se esta não está sendo feita pelo empregador anualmente.

Conforme Katz (1999, p. 571), um conjunto de fatores foi ligado à perda auditiva em idosos. Entre eles: a idade, as desordens metabólicas, as desordens vasculares, a doença renal, medicações, tratamentos médicos e o ruído.

A presbiacusia pode ser dividida em quatro espectros: sensorial, neural, metabólica e mecânica. Cada tipo está associado a um padrão audiológico e a manifestações audiométricas distintas (KATZ, 1999, p. 571).

Na triagem auditiva no idoso foi possível utilizar o teste do sussurro segundo Labanca et al. (2017), apresentando boa acurácia e reprodutibilidade usando palavras trissílabas. No teste do sussurro, é apresentado um estímulo por meio da fala sussurrada que o nível de intensidade do sussurro se mantém uniforme e invariável em todas as vezes. Para a execução, o examinador posicionou-se atrás de orelha testada e a uma distância equivalente ao seu antebraço esticado, aproximadamente 33 centímetros, com ângulo de 0°, fora de seu campo visual. Moraes (2012) sugere testagem anual após otoscopia.

Katz (1999, p. 571) recomenda a utilização de escalas de autoavaliação conjuntamente com o teste com tons puros para a investigação de perda auditiva por aumentar a sensibilidade e o entendimento de como essa patologia influencia a vida do paciente. O questionário para autoavaliação obteve na versão de triagem do HHIE-S — *Hearing Handicap Inventory For The Elderly* —, isoladamente, uma especificidade

de 83%, sensibilidade de 65%, valor preditivo positivo de 71% e um valor preditivo negativo de 87% ao associar à audiometria. É importante notar a alta capacidade de detecção do questionário, algo que vem ao encontro das diretrizes do nosso sistema de saúde. Essa autoavaliação, ao mensurar a repercussão no dia a dia da perda auditiva, pode dar subsídios para a intervenção a ser tomada com esse indivíduo, indicando prognóstico, monitorando o estado do paciente e medindo os benefícios. Os coordenadores de cuidados poderiam facilmente introduzir tais questionários no tempo de espera com rápida e simples avaliação.

A audiometria é um exame que estabelece a sensibilidade auditiva em diferentes frequências, diferentes intensidades. É de fácil interpretação em caso de suspeita de perda auditiva no indivíduo que busca a unidade e poderia ser solicitado previamente a consulta com o especialista para a otimização do tempo do recursos ao nível secundário. É utilizado para acompanhar perdas em indivíduos com exposição ocupacional e recreacional a ruídos, sendo realizados anualmente.

2.3 Recomendações e Políticas Públicas sobre Surdez

Após revisão de literatura científica e publicações de documentos oficiais sobre surdez/deficiência auditiva, incluindo diferentes instâncias governamentais, pode ser apresentado no Quadro 2, sistematizado por ano de publicação e tipos de objetivos ou métodos propostos.

Quadro 2- Documentos, Protocolos e Recomendações sobre Perda Auditiva

ANO	TÍTULO	REFERÊNCIAS DA EDIÇÃO	OBJETIVOS	MÉTODO	POPULAÇÃO ALVO
2006	EDUCAÇÃO INFANTIL SABERES E PRÁTICAS DA INCLUSÃO, DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO E SINALIZAÇÃO SURDEZ	Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 4. ed., 2006	Capacitar o professor a identificar possíveis atrasos no desenvolvimento da criança	Identifica capacidades presentes nas diferentes faixas etárias	Crianças
2006	ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA	Cadernos de Atenção Básica, n. 19, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Ministério da Saúde, Brasília/DF, 2006	Indicar condutas para avaliação auditiva no idoso na atenção básica	Teste do Sussurro (whisper)	Idosos
2008	TESTES GENÉTICOS MOLECULARES PARA TRANSTORNOS HEREDITÁRIOS DIVERSOS	Agência nacional de saúde suplementar. Informe ATS — Avaliação de Tecnologia em Saúde, n. 4, Rio de Janeiro. Dezembro, 2008	Capacitação e experiência dos médicos assistentes para o sucesso das ferramentas diagnósticas disponibilizadas pelos avanços tecnológicos na área da Genética Humana	Retifica a importância limitada da observação médica e da suspeita da surdez pré-lingual pelos pais e destaca a importância da triagem auditiva neonatal	Crianças, adolescentes, adultos e idosos
2008	CADERNETA DA SAÚDE DA CRIANÇA	Caderneta da Saúde da Criança, Ministério da Saúde, 4ª Tiragem, 5. ed. 2008	Acompanhamento do desenvolvimento da criança	<ul style="list-style-type: none"> - Presença ou não de triagem auditiva neonatal e o resultado em cada lado; - Presença de triagem auditiva pré-escolar, resultado e se houve ou não encaminhamento 	Crianças
2009	SAÚDE NA ESCOLA	Saúde na escola. Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 24, Ministério da Saúde, Brasília/DF, 2009	<ul style="list-style-type: none"> - Indica as principais causas da perda auditiva; - Apresenta a importância da audição no aprendizado; — A importância da detecção precoce; - Define os limiares para perda auditiva; - Mostra os exames de triagem e, quando não realizados, a importância da avaliação auditiva na escola e creches; - Expõe o papel da atenção primária 	<ul style="list-style-type: none"> - Imunização e controle de caxumba, sarampo e meningite; - Orientação quanto à remoção de cerume, ao risco do ruído não ocupacional e às alterações da via aérea superior; - Acompanhamento do desenvolvimento sensorio-motor, psicológico, cognitivo, visual, auditivo e de linguagem; - Identificação precoce dos neonatos que devem ser referenciados para avaliação especializada, a partir da história clínica; - Sinais de alerta no desenvolvimento da criança 	Crianças e adolescentes

2009	GUIA PRÁTICO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	Guia prático do agente comunitário de saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Ministério da Saúde, 1. ed., 2009	Oferecer as bases para uma boa execução do trabalho ACS.	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta o momento de execução da triagem auditiva e as características físicas para a criança; - Coloca a perda auditiva como fator de risco de acidentes e quedas; - Destaca a perda auditiva como importante condição de deficiência, porém sem proibição à atuação social; - Esclarece sobre os tipos de aparelhos auditivos e seus cuidados na criança e no adulto 	Crianças e adultos
2009	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM Princípios e Diretrizes, 1. ed., Ministério da Saúde, Brasília, 2009	Ênfase no o trabalho de prevenção, promoção e proteção básica à saúde	Cita que a audição pode ser comprometida em atividade do trabalho	Homem
2010	RASTREAMENTO	Rastreamento, Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Primária, n. 29, Ministério da Saúde, Brasília/DF, 2010	Promoção de saúde, redução do risco, detecção precoce para o tratamento e reabilitação	Informa ao profissional de saúde a importância e quando e como realizar a triagem auditiva neonatal	Crianças
2010	DIRETRIZES DO NASF: NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n. 27, Ministério da Saúde, Brasília/DF. 2010	Descreve a atuação do Nasf e seu apoio à equipe de atenção primária	<ul style="list-style-type: none"> - Proporção de pacientes com deficiência auditiva pelo IBGE; - Sinaliza a importância da unidade de reabilitação auditiva e a prevenção com os testes de triagem 	Crianças, adolescentes, adultos e idosos
2011	PROCEDIMENTOS	Procedimento, Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Primária, n. 30, Ministério da Saúde, Brasília/DF, 2011	Apresenta possíveis procedimentos a serem realizados na unidade básica	Descreve o procedimento possível de ser realizado na atenção primária em determinado tipo de perda auditiva	Crianças, adolescentes, adultos e idosos
2012	SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, Cadernos de Atenção Básica,	Dar suporte às equipes de atenção básica no movimento de qualificação do cuidado e conexão	- Recomendações para exame físico do recém-nascido em suas primeiras semanas de vida;	Crianças

		n. 33, Ministério da Saúde, Brasília/DF, 2012	em rede para melhorar o acesso e a qualidade no cuidado	- Descreve a importância da triagem auditiva neonatal; - Descreve os fatores de risco e como ocorre a triagem	
2012	DIRETRIZES DE ATENÇÃO DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília/DF, 2012	1. Mostrar indicadores de risco para deficiência auditiva presente nas suas histórias clínicas. 2. Descrever a triagem auditiva neonatal. 3. Descrever o acompanhamento após a triagem.	- Identifica patologias e pontos da história clínica que aumentam os riscos para a perda auditiva; - Define o fluxograma para a triagem auditiva neonatal; - Define condutas após a triagem auditiva neonatal	Recém-nascidos e crianças
2012	RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE A DEFICIÊNCIA	Relatório mundial sobre a eficiência. World Health Organization, The World Bank, Governo do estado de São Paulo, 2012	Explorar as diversas questões enfrentadas pelo paciente com deficiência	Propõe recomendações para melhorar a inclusão do paciente com deficiência nos diversos aspectos da vida social	Crianças, adolescentes, adultos e idosos
2012	ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA VOLUME II	Acolhimento à demanda espontânea. Queixas mais comuns na Atenção Básica, Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. II, Ministério da Saúde, Brasília/DF, 2012	Aborda situações comuns à demanda espontânea, utiliza a clínica, epidemiologia e a subjetividade olhando fatores riscos e vulnerabilidades	Apresenta algumas patologias nas quais ocorre perda auditiva em pacientes que procuraram a atenção básica através da livre demanda e indica a melhor conduta	Crianças, adolescentes, adultos e idosos
2013	SAÚDE MENTAL	Saúde Mental, Cadernos de Atenção Básica, n. 34, Ministério da Saúde, Brasília/DF, 2013	Incentivar e dividir o conhecimento em cuidado em saúde mental na Atenção Básica e mostrar instrumentos e técnicas de intervenções terapêuticas	Nas diretrizes para diagnóstico de saúde mental de criança e adolescente, cita a avaliação da audição para o diagnóstico diferencial	Crianças e adolescentes
2013	ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO	Atenção ao pré-natal de baixo risco, Cadernos de Atenção Básica, n. 32, Ministério da Saúde, 1. ed. revista, Brasília/DF, 2013	Melhorar o acompanhamento e o pré-natal	Informa à equipe de saúde sobre os riscos de acometimento auditivo em algumas drogas e informa sobre algumas atitudes na primeira semana da puerpéra e do recém-nascido preconizadas	Crianças
2014	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA — VOLUME 1: FERRAMENTAS PARA A GESTÃO E PARA O TRABALHO COTIDIANO	Núcleo de Apoio à Saúde da Família, v. 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano, Cadernos de	Auxiliar e oferecer dispositivos para a implantação e a qualificação do processo de trabalho	- Traz exemplos de ações executadas no Nasf para a realização da triagem auditiva; - No Programa Saúde na Escola, temas estratégicos no 1º ciclo	Crianças

		Atenção Básica, n. 39, Ministério da Saúde, Brasília/DF, 2014		(6º a 9º ano), a promoção da saúde fonoaudiológica na escola	
2014	DIRETRIZES GERAIS PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE — PORTARIA GM/MS N. 2.776	Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática, Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade	Identifica ações do âmbito ambulatorial	Descreve as atividades executadas em âmbito ambulatorial — avaliações clínicas e audiológicas, acompanhamentos e reabilitação fonoaudiológica	Pacientes submetidos a implante coclear/ou prótese auditiva ancorada no osso
2014	ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: ASPECTOS CONCEITUAIS	MORAES, E. N., ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: Aspectos Conceituais, 1. ed., Ministério da Saúde, 2012	As bases conceituais da saúde do idoso e como avaliá-la de forma sistematizada, utilizando a metodologia do Plano de Cuidados como ferramenta facilitadora do cuidado integral e integrado às redes de atenção à saúde	- Orienta a frequência necessária para o rastreio no idoso - Orienta o teste proposto — teste do sussurro	Idoso
2015	ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA. O CUIDADO DA PESSOA TABAGISTA	Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. O cuidado da pessoa tabagista, Cadernos de Atenção Básica, n. 40, Ministério da Saúde, Brasília/DF, 2015	1. Sensibilizar os profissionais de saúde para o tema de saúde pública revelado pelo tabaco e a importância da sua limitação. 2. Dar meios para os profissionais de saúde, na abordagem, avaliação, motivação e acompanhamento adequados 3. Orientar peculiaridades do usuário tabagista, individualizando o tratamento.	Pontualmente destaca a avaliação audiológica para o bom aproveitamento das atividades em grupo	Adultos
2015	SAÚDE DA CRIANÇA ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	Saúde da Criança. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, Ministério da Saúde, 2. ed., Cadernos de Atenção Básica, n. 23, Brasília/DF, 2015	Aumentar a inclusão e melhorar o vínculo da equipe de saúde e o binômio mãe-bebê e sua família	Expressão “Aleitamento Materno Exclusivo” traduzida para a Língua Brasileira de Sinais (Libras)	Crianças
2016	CARTEIRA DE SERVIÇOS. RELAÇÃO DE SERVIÇOS PRESTADOS NA	Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de	1. Documento que guia as condutas médicas e indica o grau de recomendação	- Descreve quais testes de triagem devem estar disponíveis e qual a conduta;	Crianças e adolescentes

	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	serviços prestados na Atenção Primária à Saúde, Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Rio de Janeiro, edição revista, atualizada e aumentada: SMS, 2016	2. Descrição de materiais disponíveis	- Orientações e atividades interdisciplinares	
2017	PROTEGER E CUIDAR DA SAÚDE DE ADOLESCENTES NA ATENÇÃO BÁSICA	Ministério da Saúde, Proteger e Cuidar da Saúde de adolescentes na Atenção Básica, Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2017	Instrumentos e tecnologias voltados à educação permanente dos profissionais de saúde	- Guia para pontos específicos da consulta - Fluxograma de pesquisa de problemas auditivos	Adolescente
2017	FASCÍCULO ENFERMAGEM NO CUIDADO DOS CICLOS DE VIDA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária, Fascículo Enfermagem no Cuidado dos Ciclos de Vida no Contexto da Atenção Primária à Saúde, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	“Instrumentalizar enfermeiros, trazendo recomendações sobre as áreas de Saúde da Criança, Adolescente, Mulher, Homem e Idoso adaptados para a realidade brasileira e carioca.”	- Indica a triagem através do teste do sussurro	Crianças, adolescentes, adultos (homem e mulher) e idoso

Fonte: Resumo elaborado pelo autor (2018).

No Brasil, as normas que regem o sistema de saúde têm como fonte geradora a Constituição da República Federativa Brasileira, criada em 1988, e é por este marco que foram e ainda são regulamentadas por leis, decretos, portarias, regulamentos, normativas, dentre outras formas as quais prescreve o SUS.

A mudança ocorrida com a instauração da Constituição para a ampliação dos direitos do povo foi significativa, tornando a saúde um direito de todo cidadão e um dever do Estado. A Lei 7.853, de 1989, dispõe sobre o suporte às pessoas especiais nos aspectos jurídicos. Com a Lei 8.080, no ano de 1990, lemos sobre a promoção,

proteção e recuperação da saúde buscando a autossuficiência e a igualdade na assistência.

Depois de um longo período sem destaque político, a pessoa portadora de deficiência retorna ao palco em dezembro de 1999 com a criação da *Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência* enfatizando as normas de proteção (Decreto n 3.298, 1999). As normas gerais e os critérios básicos para a acessibilidade somente são formados em dezembro de 2000, com a Lei 10.098.

A comunidade surda, após anos de busca por direitos constitucionais, consegue o reconhecimento da Língua Brasileira de Sinais (Libras) como língua oficial brasileira com a Lei 10.436, em 24 de abril de 2002. Em 2004, vemos o surgimento de uma agenda voltada exclusivamente ao paciente com perda auditiva com a Portaria 587, *Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva*, ação institucionalizada para o cuidado específico desse grupo.

Com o Decreto 5.296, em 2004, reforça-se a questão da promoção da acessibilidade ao portador de deficiência. Contemplando também a universalidade e a equidade. O governo lança, em 2005, o Decreto 5.626, que tem como fundamento que o atendimento no SUS seja feito por pessoas capacitadas ao uso de Libras e a futura formação desses profissionais no seu uso e interpretação.

No dia 30 de março de 2006, através da Portaria 687, o Ministério da Saúde publicou a *Política Nacional de Promoção à Saúde*, que tem como objetivo geral estimular a busca pela qualidade de vida e diminuir a vulnerabilidade e o risco correlacionados aos seus determinantes: estilo de vida, trabalho, habitação, meio ambiente, educação, lazer, cultura, o acesso aos bens de consumo e serviços sociais.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), visando reabilitar funcionalmente e na vida cotidiana com propósito de inclusão social e ampliação à informação, formou uma cartilha para informações sobre direitos baseada em questionamentos do próprio usuário na cartilha *A Pessoa com Deficiência e o Sistema Único de Saúde*, de 2008. Em 2009, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a) amplia esse meio de informação, tratando também das ações de promoção, acessibilidade, prevenção da deficiência, reabilitação e da distribuição das órteses e próteses na cartilha *Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde — SUS*.

Com a promulgação do decreto 6.949, de 2009, o Brasil consolida o tratado dos

direitos da pessoa com deficiência disposto na “Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência”, adotado pela ONU, tornando-se o 34º a ratificar a convenção, e o 20º a ratificar o protocolo facultativo, uma prova de respeito aos direitos humanos.

Um marco na medicina preventiva na saúde brasileira ocorreu no ano de 2010, quando o então presidente Luiz Inácio Lula da Silva sancionou a Lei 12.303, em 2 de agosto, na qual tornou obrigatória a realização das emissões otoacústicas em todas as maternidades do Brasil. A triagem auditiva universal — teste da orelhinha — é capaz de detectar a perda auditiva, seu diagnóstico e tratamento, caso necessário, minimizando, assim, a penúria para muitas famílias e para o paciente.

A Triagem Auditiva Neonatal é um exame de avaliação da audição em recém-nascidos para diagnóstico precoce de perda auditiva. A cobertura no Brasil chega a apenas 56% das crianças com menos de 2 anos de idade com o teste da orelhinha no primeiro mês de vida. Estima-se uma proporção maior das Regiões Sudeste (70,3%) e Sul (77,6%); as menores proporções provêm das Regiões Norte (35,3%) e Nordeste (37,5%). Observando o contexto de domicílio, a área urbana (60,6%) apresentou situação melhor que da área rural (32,2%) (BRASIL, 2015).

O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência — Viver sem Limite, que foi apresentado à população no Decreto 7.612, de 17 de novembro de 2011, agrega vários ministérios e a sociedade civil em um conjunto de investimentos para ampliar o acesso à educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência tem o intuito de gerar a inclusão desses indivíduos na rede de saúde pública, o SUS, ao assumir a necessidade de resultados dos seus intrincados direitos. O objetivo geral é dar caminhos para a prevenção, promoção e reabilitação da saúde (BRASIL, 2010).

No ano de 2012, o governo volta-se para a atenção primária instituindo práticas com o objetivo de fomentar uma atenção integral, estimulando a autonomia das pessoas, buscando melhorar os determinantes e condicionantes de saúde. Em abril, através da Portaria 793, concebe-se a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, ampliando o acesso e qualificando o atendimento, estimulando o estabelecimento do vínculo das pessoas com deficiência

auditiva com a unidade e garantindo a articulação nos diferentes níveis e a sua integração.

Em 2013, com a *Política Nacional de Humanização*, os dirigentes visam aproximar os pilares do SUS do cotidiano das unidades primárias, gerando reorganização dos modos de coordenar a administração e o cuidado (BRASIL, 2013a).

A Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015, baseada na Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Não é uma sequência de leis, mas busca harmonizar o código legal já presente. O destaque desse novo princípio se dá ao novo conceito dado à deficiência, não interpretado somente como uma condição fixa e biológica, mas como desfecho da influência dos obstáculos impostos pelo ambiente e as limitações de natureza física, mental, intelectual e sensorial da pessoa.

Segundo Starfield (2002, p. 482), um dos aspectos presentes exclusivamente na atenção primária é a atenção ao primeiro contato. Este pode estar alterado para a população com perda auditiva/surda pela baixa adaptação dos portadores de deficiência: falta de luzes e telas indicando o chamado, a barreira linguística pela fraca presença de funcionários com fluência em Libras e uma barreira cultural significativa do funcionário ouvinte para a cultura surda.

A proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde, coordenada por uma organização ampliada, atendendo às demandas da população de maneira eficaz, oferecendo cuidados preventivos e curativos, vista como base do sistema brasileiro de saúde foi idealizada no início do século no relatório Dawson, em 1920, no Reino Unido (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Esse relatório traz a importante ideia da territorialidade e da divisão da hierarquização dos serviços de saúde por níveis de complexidade (LAVRAS, 2011).

A integralidade é concebida no direito de acesso do usuário a ações e serviços presentes nos quatro níveis de atenção tendo seus fluxos determinados e planejados de maneira a garantir a continuidade do cuidado, em especial nas unidades instaladas o mais próximo do indivíduo. Essa abordagem integral só é possível com a organização em redes de saúde com um real sistema de referência e contra referência, permitindo o trânsito do paciente nos diferentes níveis de complexidade de

atenção. Para o funcionamento pleno, algumas áreas devem estar plenamente ativas e interligadas à regulação dos serviços, aos processos de gestão clínica, às condições de acesso aos serviços, aos recursos humanos, aos sistemas de informação e comunicação e apoio logístico (SERRA; RODRIGUES, 2010).

A contínua busca por melhoria da qualidade e eficiência no serviço de saúde deve ser sempre estimulada. Serra e Rodrigues (2010) indicam que o uso de “tecnologias de micro gestão” pode ser uma realidade para esse fim. A utilização de protocolos e educação permanente presente nessa proposta pode ser vislumbrada como um horizonte em atividades acadêmicas como essas desenvolvidas.

O Sistema Único de Saúde elege a Atenção Básica como principal porta de entrada do usuário e como coordenadora do cuidado, em caso de necessidade de atenção de média e alta complexidade. A atenção primária é incumbida de estimular o vínculo com a população adscrita para garantir longitudinalidade do cuidado, mesmo que o paciente esteja sendo atendido em outros níveis de atenção à saúde.

A APS deve ter ciência do funcionamento da rede em saúde potencializando o cuidado integral, garantindo o acesso do usuário e aumentando a eficácia do Sistema de Saúde. A organização do SUS sob os moldes de redes de atenção é uma das estratégias para a consolidação de seus princípios: universalidade, integralidade e equidade (ARANTES, 2018).

No Brasil, com a publicação da Portaria Ministerial 4.279, de 30 de dezembro de 2010, houve a conformação do sistema em Redes de Atenção à Saúde (RAS), definidas como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010b, p. 4).

O sistema regionalizado tem a necessidade de um meio de comunicação eficiente no qual se observa um relatório clínico único para cada paciente, com sistema uniforme de histórias clínicas para o registro nos diversos locais onde ocorreram os atendimentos. Os hospitais, centros de atenção primários e secundários, devem ir além e se interligarem de maneira a uniformizar ideias e propósitos para o cuidado da demanda do indivíduo (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

A ESF traz em sua assistência a ideia do cuidado que extrapola o conceito puramente do corpo biológico, buscando alcançar os seres humanos em sua complexidade e integralidade. A multiplicidade dessa proposta evidencia a incapacidade do setor de saúde de atuar isoladamente, necessitando da concepção de associações entre diferentes setores e segmentos sociais. Intersetorialidade é a união de uma ou várias partes do setor da saúde com outros setores, objetivando atingir resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia conseguir agindo isoladamente (SILVA, 2010).

Ao fim de todas as diretrizes, pilares, princípios e doutrinas pelos quais o sistema de saúde é formado, deparamo-nos com a engrenagem primordial de toda essa estrutura: o profissional. Esse indivíduo é o responsável pelo cuidado integral, longitudinal e, conectado com as outras instâncias, deve ter uma formação mais humanista, comprometido e com sensibilidade para as vulnerabilidades emanadas do território. O prestador de cuidados deve transcender a competência científica, habilidade técnica e atuação política necessitando estar engajado com o desenvolvimento social baseado em práticas de: escuta, afetividade, respeito, tolerância e abertura ao novo (SILVA, 2010).

Pilares para uma boa qualidade de diagnóstico de perda auditiva estão na Unidade Básica de Saúde, nos Centros Especializados em Diagnóstico de Problemas Auditivos e na Atenção Especializada de Reabilitação. Se em reabilitação nos Centros de Atenção Terciária, a pessoa com surdez necessita também continuar o acompanhamento na Atenção Básica, onde o indivíduo surdo e sua família devem ser acolhidos, orientados e inseridos na comunidade em que residem. Essa trilha descreve a inter-relação entre Atenção Primária e Redes de Saúde (ARANTES, 2018).

Em recente dissertação de mestrado profissional de Saúde da Família, foram discutidas percepções do sujeito surdo, em relação a aspectos da comunicação na Atenção Básica de Saúde. A evolução normativa sobre perda auditiva e surdez foi resumida pela autora e adaptada como se apresenta no Quadro 3 (SANTOS, 2017).

**Quadro 3 — Evolução Normativa sobre
Perda Auditiva e Surdez**

1988	Constituição da República Federativa do Brasil
1989	Lei 7.853 — Dispõe sobre o suporte às pessoas especiais nos aspectos jurídicos
1990	Lei 8.080 — Promoção, proteção e recuperação da saúde buscando a autossuficiência e a igualdade na assistência
1999	Decreto n. 3.298 — Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência enfatizando as normas de proteção
2000	Lei 10.098 — Normas gerais e os critérios básicos para a acessibilidade
2002	Lei 10.436 — Língua Brasileira de Sinais (Libras) como língua oficial brasileira
2004	Portaria 587 — Institucionalizada para o cuidado específico Decreto n. 5.296 — Reforça-se a questão da promoção da acessibilidade
2005	Decreto n. 5.626 — Atendimento no SUS seja feito por pessoas capacitadas ao uso de Libras
2008	A pessoa com deficiência e o sistema único de saúde — Reabilitar funcionalmente e na vida cotidiana com propósito de inclusão social
2009	Decreto n. 6.949- Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no SUS — Informação de promoção, acessibilidade, prevenção da deficiência, reabilitação e da distribuição das órteses e próteses
2010	Lei n. 12.303 — obrigatoriedade da triagem auditiva Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência — Dar caminhos para a prevenção, promoção e reabilitação
2012	Portaria n. 793 — Qualificando o atendimento, estimulando o estabelecimento do vínculo
2013	Política Nacional de Humanização — Reorganização dos modos de coordenar a administração e o cuidado
2015	Lei n. 13.146 — Harmonizar o código legal, novo conceito dado à deficiência

Fonte: Adaptado de Santos (2017).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os conhecimentos e as práticas de profissionais médicos e enfermeiros nas equipes de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro, relacionados à perda auditiva e surdez, em diferentes faixas etárias, na Estratégia Saúde da Família.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar como ocorre a busca e a detecção dos indivíduos com perda auditiva e surdez, em diferentes faixas etárias, em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro,
- Levantar aspectos relacionados ao conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros das equipes sobre perda auditiva e surdez, em diferentes faixas etárias, numa unidade de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro,
- Identificar como ocorre o acompanhamento, tratamento e reabilitação dos indivíduos com perda auditiva e surdez, em diferentes faixas etárias em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro.

4 METODOLOGIA

4.1 Abordagem Metodológica

Foi desenvolvido a pesquisa cuja abordagem metodológica fundamentou-se na possibilidade de realização de um estudo de caso, que se caracteriza por uma ser avaliação mais focada sobre um único ou poucos objetos de estudo, permitindo absorver um maior volume de conhecimento e especificando melhor uma determinada situação em estudo.

Segundo Polit e Beck (2011), a pesquisa é composta de uma busca sistematizada, que utiliza métodos ordenados para responder questões e resolver problemas e tem por fim desenvolver, lapidar ou expandir um conjunto de conhecimentos.

Este estudo analisa de maneira minuciosa um evento dentro de seu contexto; tem sido utilizado para avaliar eventos reais em que os contornos não estejam todos delimitados, caracterizar uma situação que esteja sendo investigada e elucidar fatores causais de fatos complexos em que o uso de levantamentos e experimentos não é possível (GIL, 2016, p. 57–58).

A abordagem foi descritiva e qualitativa, a partir da análise das respostas dadas pelos participantes, profissionais das equipes da ESF da unidade de saúde definida, almejando “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito” e que “se propõe a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade” (GIL, 2010, p. 27–28).

Apresenta um recorte temporal transversal e busca, de maneira exploratória, tentar desenvolver, dar luz a ideias e questões relacionadas ao conhecimento dos profissionais responsáveis na APS, por um tema importante, pouco valorizado e pesquisado até o momento, no contexto deste nível de atenção (SEVERINO, 2012; GIL, 2016).

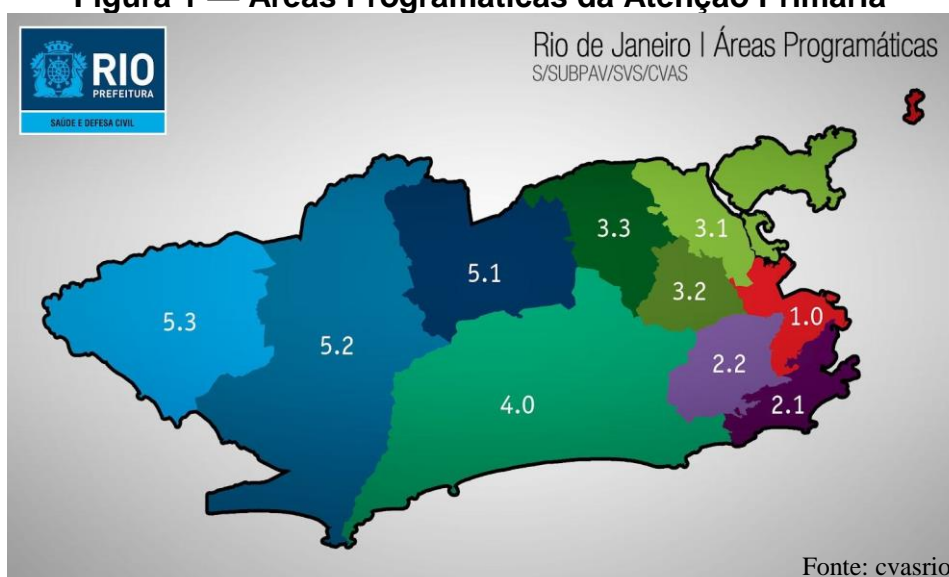
O método do estudo de caso adapta-se à investigação proposta considerando que esse tipo de técnica tem como um de seus propósitos “descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação” e pode “*proporcionar uma*

visão global do problema ou identificar possíveis fatores que o influenciam ou são por ele influenciados” (GIL, 2010, p. 38).

4.2 Cenário de Pesquisa

O município do Rio de Janeiro apresenta uma estrutura instalada de suporte à saúde constituída com 36,6% de Clínica da Família, 32,6% com Centros Municipais de saúde e 9,7% de Centros de Atenção Psico Social. Na gestão da saúde, a Cidade é dividida em dez áreas programáticas (AP) para a melhor coordenação do trabalho, como está apresentado na Figura 1. A AP 1.0, onde está localizada a unidade do estudo e se relaciona aos bairros mais centrais da cidade, apresentava uma cobertura pela ESF de cerca de 75%, para uma população estimada para 2018 de 297.976 habitantes, com 16 unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) com 80 equipes.

Figura 1 — Áreas Programáticas da Atenção Primária



Fonte: OTICS (2017).

O ambiente escolhido para o desenvolvimento do estudo foi a Clínica de Saúde da Família Sérgio Vieira de Mello, localizada na Avenida Trinta e Um de Março, s/n, no Bairro do Catumbi – AP 1.0, na Cidade do Rio de Janeiro, como representado na Figura 2. Essa unidade foi inaugurada em 20 de outubro de 2011. A clínica tem seis equipes de Saúde da Família e duas equipes de Saúde Bucal, levando atendimento a

4.3 Participantes da Pesquisa

O estudo foi realizado com médicos e enfermeiros da CF Sérgio Vieira de Melo, unidade com ESF da AP 1.0, que estavam atuando no período de 7 a 22 de dezembro de 2018, quando se desenvolveu a coleta de dados. Foram convidados e incluídos nesta amostra por conveniência:

- ✓ os enfermeiros das equipes da ESF e enfermeiros residentes do segundo ano no Programa de Residência de Enfermagem em Saúde da Família, da SMS do Rio de Janeiro, atuando na unidade Clínica de Saúde da Família Sérgio Vieira de Mello, no período de 7 a 22 de dezembro de 2018.
- ✓ médicos com atuação nas equipes da ESF, preceptores ou não, e residentes do segundo ano do Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade que se desenvolve na unidade, atuando na Clínica de Família Sérgio Vieira de Mello, no período de 7 a 22 de dezembro de 2018.

Foram realizadas duas (2) entrevistas piloto, as quais permitiram que fossem feitos ajustes no roteiro de entrevistas previamente elaborado. Foram entrevistados dezenove (19) profissionais atuantes nas equipes da unidade.

Não houve definição de critério de exclusão para participação, porque estabeleceu-se, junto à gerência da unidade, que todos os médicos e enfermeiros presentes nos dias marcados para a atividade de pesquisa em campo, poderiam participar.

As entrevistas e os questionários foram realizados e aplicados ao longo do mês de dezembro de 2018, tendo como pano de fundo uma conjuntura política, no período da coleta de dados do estudo, na qual os profissionais não estavam recebendo regularmente as suas remunerações das Organizações Sociais em contratos de gestão da APS, na SMS do Rio de Janeiro e estavam em movimentos de greve.

O tipo amostral foi não probabilístico, por tipicidade ou intencional, considerando médicos e enfermeiros da unidade definida, que concordaram em participar das entrevistas, nos dias disponibilizados pelo pesquisador.

Houve um pressuposto de que, ao selecionar uma amostra de participantes em local voltado à formação profissional para a ESF, essa amostra teria um perfil mais próximo de um ideal ou padrão de excelência, no que se refere a conhecimentos e práticas de profissionais, na APS do Rio de Janeiro. Os atores em formação devem estar em contínuo estudo, e os preceptores também, porque voltados para o ensino e apoio em práticas supervisionadas. Essa característica de um melhor domínio de conhecimentos, deveria supostamente determinar uma situação de qualidade nos cuidados e atenção à saúde, assim como na avaliação, acompanhamento e condutas em relação à perda auditiva.

4.4 Coleta de Dados

O pesquisador fez entrevistas piloto com um médico residente do primeiro ano de Residência e com uma enfermeira de equipe da ESF, ambos da unidade Sérgio Vieira de Mello, para a avaliação do instrumento em dois momentos diferentes, antes de iniciado o período de entrevistas propriamente dito.

Foi evidenciado que com apenas um instrumento a entrevista se tornava muito extensa e cansativa para os participantes, segundo a opinião destes. Houve a sugestão, então, de que parte das perguntas pudessem ser organizadas em instrumento de autopreenchimento. Houve a diminuição do número de questões e divisão do instrumento em dois, um questionário auto preenchido (Apêndice B) e um roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice A), além de ajuste do vocabulário utilizado, buscando melhorar o tempo de entrevistas e seus resultados. Após terem sido feitas as correções, iniciou-se a coleta de dados.

Na dinâmica da entrada em campo, o pesquisador responsável apresentou à gerência da unidade escolhida o questionário, o roteiro de pesquisa, o objetivo do estudo, o tempo previsto para a atividade, e foi observado o ambiente para a realização dos encontros. Estas etapas foram necessárias para o planejamento, junto à gerência, da permanência do pesquisador na unidade.

O trabalho de campo foi realizado pelo pesquisador nos dias 7, 14 e 21 de dezembro de 2018, depois do parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da SMS–RJ e do consentimento da gerência da unidade. Foram abordados os profissionais (médicos e enfermeiros) que estavam trabalhando na Clínica de Família

(CF) nestes dias, com concordância de todos sobre participar do estudo, totalizando um número de dezesseis (16) participantes. Esses dias para realização das entrevistas foram decididos pela disponibilidade do pesquisador e por sugestão local, pela maior presença dos constituintes das equipes de Saúde da Família (SF), sendo abordados durante o período em que se encontravam em reunião de equipe ou em intervalo de atendimentos.

O instrumento de autopreenchimento organizado pelo próprio pesquisador para este estudo, era composto por treze (13) questões, com quatro (4) abertas, sendo entregue no início do encontro para cada participante. Teve finalidade de coletar dados para o perfil sociodemográfico, sobre o aprimoramento profissional e algum dado de conhecimento triagem auditiva. Esse instrumento foi utilizado para otimizar o tempo da entrevista, minimizar o cansaço do participante e diminuir o tempo de interrupção das atividades cotidianas do profissional. O momento de espera entre o início do questionário e seu término foi utilizado para uma melhor adaptação entre entrevistado e entrevistando, visando diminuir o nível de estresse para a entrevista.

No momento da abordagem inicial era feita uma explicação detalhada sobre a pesquisa, com exposição da importância da participação e garantia do sigilo da identidade dos participantes, além do esclarecimento sobre eventuais dúvidas. Os entrevistados escolhiam o ambiente que era mais agradável e reservado na opinião deles: o próprio consultório, ambiente de coleta de sangue, o consultório desocupado ou a sala dos agentes comunitários de saúde, com o desejo de manter a privacidade do entrevistado e para que o mesmo se sentisse confortável enquanto fornecesse as informações. O ambiente, em quase todo o tempo das entrevistas, mantinha-se fechado e reservado, ocorrendo interrupções pontuais e rápidas.

Depois do preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apêndice C e esclarecimento de alguma dúvida, era entregue o questionário de autopreenchimento, cujas respostas se completaram em duração média de 2 minutos. Depois se iniciavam as entrevistas, sendo gravadas em arquivos de áudio através de smartfone, Iphone 6 e XR, com autorização do participante e que foram, posteriormente, transcritas para a realização da análise dos dados colhidos.

O instrumento utilizado, um roteiro semiestruturado, apresentava questões que serviram de guia para garantir a abordagem de todos os itens selecionados. Esse roteiro contemplou aspectos relacionados ao território adscrito correlacionados à

perda auditiva, ao conhecimento sobre conceitos que se ligariam a direitos da população e ao seu trabalho, à identificação de períodos de busca de indivíduos com alterações auditivas e ao aparato disponível e vivenciado para uma atenção integral ao cidadão. O entrevistador teve a atividade de “encorajar os participantes a falarem livremente sobre todos os tópicos listados” (POLIT; BECK; 2011, p. 375).

A grande maioria dos participantes mostrou-se solícita e entusiasmada, demonstrando satisfação em falar e ser ouvido, percebendo a importância de sua participação e contribuição na pesquisa.

As entrevistas foram feitas por um único entrevistador, o pesquisador responsável pelo presente estudo, desenvolvido no Mestrado de Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá (UNESA).

Após cada entrevista para a coleta de dados, também foram realizadas anotações sobre os aspectos, atitudes verificadas nos participantes e situações de destaque no trabalho de campo.

4.5 Estratégia de Análise

Com as informações disponíveis, foi caracterizado um perfil sociodemográfico dos profissionais, incluindo idade, escolaridade, situação ocupacional, tempo de atuação na clínica e na atenção primária, utilizando-se como recurso para arquivo e processamento dos dados, planilhas do Excel 2010.

As respostas às questões abertas foram consideradas, para uma melhor avaliação do tema de forma exploratória, tendo em vista o pouco conhecimento da extensão e da pluralidade das respostas possíveis dos participantes.

Os áudios de todas as entrevistas foram transcritos por empresa credenciada e contratado, sendo feita revisão de todo o conteúdo pelo pesquisador. As entrevistas foram identificadas em códigos numéricos, com a sequência da realização, para garantir o sigilo das informações.

Os registros das entrevistas gravadas transcritos, receberam leitura e releitura, conforme orientado, para que pudesse ser realizada análise de conteúdo como sugerido por Bardin (1977), sendo reconhecido este tipo de análise como um “conjunto

de técnicas de análise das comunicações”. A categorização baseou-se nas possibilidades da modalidade temática, na análise de conteúdo.

A análise foi iniciada com uma leitura flutuante, com exploração do material e seleção de categorias pré-analíticas que depois foram resumidas em categorias de análise, propriamente ditas, a partir de agrupamentos. Houve tratamento e interpretação dos resultados nessas categorias. Cada categoria analítica teve um padrão que destaca os dados similares, permitindo seu agrupamento (BARDIN, 1977 e GIL, 2010).

4.6 Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá como instituição proponente e, depois das pendências documentais, obteve o parecer de aprovação n. 2.945.242 em 5 de outubro de 2018, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 98691318.4.0000.5284. Posteriormente, este estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro como instituição coparticipante e, depois da resolução de pendências documentais, obteve parecer de aprovação de n. 3.049.586 em 30 de novembro de 2018, com CAAE nº 98691318.4.3001.5279.

O estudo foi realizado obedecendo-se os critérios éticos definidos pela Resolução 466/2012, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, respeitando a participação voluntária e o anonimato da população de estudo, em que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que constado Apêndice C, com os objetivos da pesquisa, destacando o caráter voluntário, possibilidade de desligamento da mesma sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional, sendo assegurada a confidencialidade e a privacidade dos participantes.

Cabe ressaltar que a responsabilidade do pesquisador é observar a elaboração de relatórios parciais e finais e a apresentação de dados solicitados pelo CEP ou Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP).

Da mesma forma, ao término da pesquisa serão encaminhados relatórios com resultados do estudo à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, à Coordenação de Área Programática (CAP) e à CF Sérgio Vieira de Mello, assim como

será mantida a guarda e responsabilidade dos dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, por um período de cinco anos após o término da pesquisa, com posterior incineração dos mesmos.

Os métodos utilizados foram elaborados de forma a não afetar ou oferecer riscos mínimos aos participantes: a possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto; estresse; cansaço ao responder às perguntas, garantindo também o sigilo das informações fornecidas e assistência psicológica, se necessária, caso o respondente se sinta demasiadamente mexido com as questões respondidas.

5 RESULTADOS

5.1 Perfil do Entrevistado

O autopreenchimento pelos participantes do instrumento inicial, forneceu dados para caracterizarmos os entrevistados, com melhor conhecimento sobre as características da amostra. O Quadro 4 apresenta um resumo do que foi alcançado após a consolidação desses dados.

Quadro 4 — Características sócio demográficas dos participantes

COR	Branca		11
	Parda		2
	Preta		3
	Total		16
SEXO	Masculino		4
	Feminino		12
	Total		16
PROFISSÃO	Enfermeiro		5
	Médico		11
	Total		16
NÍVEL DE GRADUAÇÃO	Graduação		4
	Especialização		10
	Mestrado		2
	Total		16
IDADE	Min.	Máx.	Média
	23	50	33
TEMPO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	Min	Máx	Média
	9 Meses	10 Anos	3 Anos
TEMPO NA CFSVM	Min	Máx	Média
	6 Meses	5 Anos	29 Meses
FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO EM SAÚDE AUDITIVA	Sim		3
	Não		13

Fonte: Dados da Pesquisa. Elaborado pelo autor (2018).

A idade média da amostra foi de 33 anos, variando de uma idade mínima de 23 anos até 50 anos. Os indivíduos apresentaram uma idade maior que a esperada para uma unidade de residência, mesmo considerando a idade dos médicos *staffs*. A especialização em Saúde da Família é nova, com início em 2003. O que foi idealizado para esse dado é que, devido à grande e recente expansão da APS no Rio de Janeiro, houve uma migração de profissionais para essa nova oportunidade de carreira que surgiu, associada aos incentivos governamentais dados para a sua expansão através de melhores salários tanto para os profissionais quanto para os indivíduos que estariam interessados na residência através de complementações para a bolsa de residência. O município do Rio de Janeiro, através da Resolução SMS n. 2.965, de 10 de junho de 2016, e também da Portaria n. 1.248, de 24 de junho de 2013, do Ministério da Saúde confirma esse estímulo.

Observa-se um predomínio do sexo feminino entre os profissionais, muito acima do observado na população brasileira, de 51,03% em 2010, pelo IBGE.

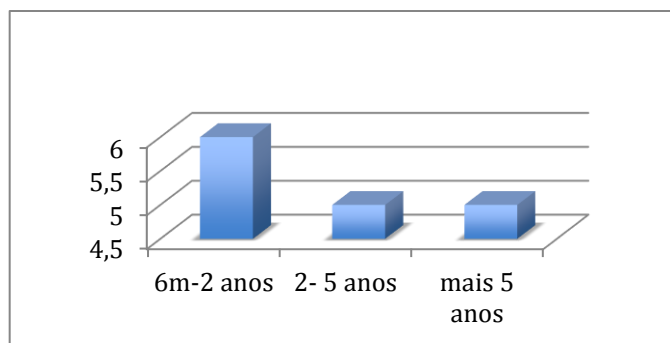
Os médicos predominaram na amostra, o que difere da distribuição costumeira de uma equipe da Saúde da Família. Essa alteração ocorre por ser uma unidade de ensino com predomínio de médicos especializando em Medicina de Família e Comunidade. A unidade apresenta um grupo de residentes do primeiro e segundo anos por equipe acompanhados por um médico *staff* e um enfermeiro *staff*. A residência em Saúde da Família da enfermagem oferece uma vaga para a unidade, ou seja, uma vaga para seis equipes.

Observou-se também uma grande concentração de indivíduos com especialização já terminada, isto pode-se basear no fato de vermos uma expansão da APS, que aumenta sua atratividade e sua exposição. Esta situação pode sugerir, necessitando-se de melhor investigação, que pessoas de outras especialidades estavam mudando para a Estratégia Saúde da Família, ao menos até a realização deste estudo.

Sobre o tempo de atuação na APS, há uma dualidade, com grande concentração de indivíduos de até 24 meses, e outro grupo com vários anos na atenção primária, sendo o limite superior de dez (10) anos. O primeiro, em maior número, são aqueles que buscam a formação necessária para a atuação na atenção

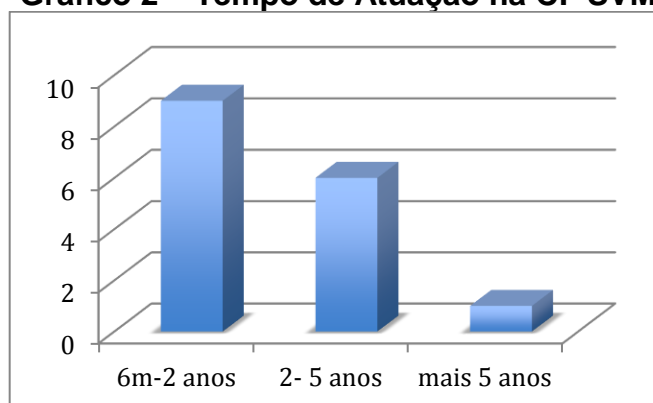
primária. Tempo de atuação dos integrantes na atenção primária está resumido no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Tempo de Atuação na APS



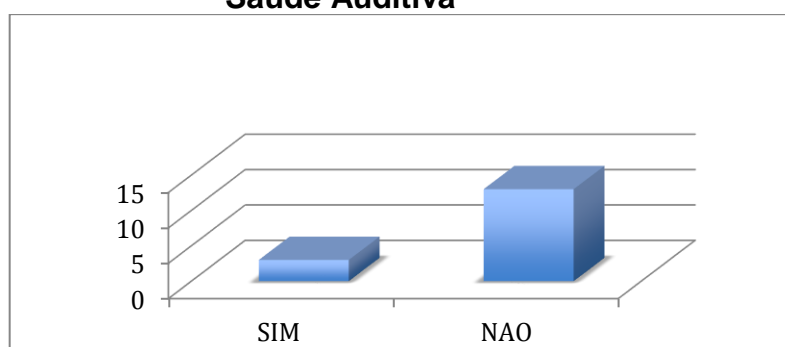
Fonte: Dados da Pesquisa. Elaborado pelo autor (2018).

O Gráfico 2 mostra o tempo de atuação da população de estudo na unidade e havia um grande número de profissionais com menos de dois anos de atuação na unidade. Esse grupo engloba tanto os profissionais em formação como aqueles que estão transmitindo o conhecimento. A CF foi inaugurada em outubro de 2011 e costuma ocorrer uma grande rotatividade, anualmente, por causa da saída dos profissionais já formados e da entrada dos novos para a formação no Programa de RM de MFC. Por isso, poucos profissionais com um longo período de trabalho, o que dificulta uma maior apropriação das peculiaridades do território, podendo influenciar o atendimento integral da população e também a longitudinalidade da atenção. Esse pouco tempo pode ser justificado também pelo aumento expressivo de unidades para a ESF na APS do município do Rio de Janeiro, o que leva profissionais a buscarem vagas em outras unidades.

Gráfico 2 – Tempo de Atuação na CF SVM

Fonte: Dados da Pesquisa. Elaborado pelo autor (2018).

Segundo a maioria dos pesquisados, estes não receberam qualquer tipo de instrução, atualização ou capacitação sobre saúde auditiva (Gráfico 3). Isto nos direciona a refletir como são escolhidos os temas para a formação e atualização do profissional na APS, considerando a prevalência de perda auditiva em alguns grupos etários. A atuação na APS tem sido referida como de alto potencial de resolatividade, mas grande parte de seus profissionais podem ter limitações nos aspectos relacionados à saúde auditiva, situação com problemas muito prevalentes na população.

Gráfico 3 - Formação e capacitação em Saúde Auditiva

Fonte: Dados da Pesquisa. Elaborado pelo autor (2018).

Em relação às demais perguntas do questionário de autopreenchimento, as respostas caracterizam um certo perfil, considerando os profissionais participantes deste estudo de caso, na CF Sérgio Vieira de Mello. Sobre se já fez alguma notificação de perda auditiva induzida por ruído de origem ocupacional somente cinco (5) dos

participantes disseram que sim, o que chama a atenção como uma situação pouco vivenciada.

Sobre quando o Teste da Orelhinha deve ser feito, duas (2) pessoas disseram que depois do primeiro mês de vida e uma (1) registrou que não sabia. Todas as demais responderam que antes do primeiro mês de vida, e a grande maioria, ao nascimento, demonstrando uma adequação do conhecimento ao protocolo. Entretanto, apesar deste suposto conhecimento do assunto, na pergunta sobre se existe na unidade busca ativa de casos em crianças que não completaram a realização do Teste da Orelhinha, somente cinco (5) participantes disseram que sim. Esta baixa utilização da busca ativa pode estar correlacionada à subvalorização da perda auditiva na população e à pouca correlação entre agravos gerados pela dificuldade auditiva e o estado de bem estar do usuário.

5.2 Análise das Entrevistas

Na outra parte do estudo, a partir das informações das entrevistas, utilizamos metodologia de análise de conteúdo, em sua modalidade de análise temática (BARDIN,1977). Depois da leitura flutuante, pré-análise e exploração do material, foi realizado o agrupamento das falas, dando origem a categorias e subcategorias, que foram interpretadas e analisadas, tendo como base elementos da revisão bibliográfica que direcionou o presente estudo.

As categorias e subcategorias originadas a partir da análise dos dados, estão apresentadas no Quadro 5.

Quadro 5 — Categorias e subcategorias de análise

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
ACESSO E ACESSIBILIDADE NA APS	Comunicação Isolamento
REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA SURDEZ	Compreensão Doença-Vida Direitos da Pessoa com Deficiência Agenda Oculta
PRÁTICAS, ATITUDES E CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS	Conceito de Perda Auditiva Diagnóstico Tratamento
TRIAGEM AUDITIVA	Triagem na Criança Rastreamento em Outras Faixas Etárias
REGULAÇÃO E ITINERÁRIO	Referência ao Especialista Organização da Rede
CONSEQUÊNCIAS DA SURDEZ NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	Aprendizagem e Socialização Estigmas da Surdez Relação com a Família e o Trabalho

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

As categorias e subcategorias originadas neste estudo são discutidas separadamente, a seguir.

5.2.1 Acesso e Acessibilidade na APS

Este grupo reúne as falas dos entrevistados que apresentavam como assunto central a dificuldade de chegar ao sistema de saúde podendo ser fisicamente ou através da incapacidade de entendimento dos anseios do cidadão. A unidade de APS tem como finalidade ser a entrada no sistema de saúde, principalmente da população de seu território. Deve-se sempre observar de que maneira é possível diminuir os obstáculos. A acessibilidade é um dos pilares da APS, assim como das políticas de inclusão das pessoas com deficiência. Essa importância pode ser observada em vários aspectos nas falas dos profissionais.

5.2.1.1 Comunicação

O ser humano destaca-se de muitos animais pela maneira como se organiza, como se agrupa em uma sociedade. Como um conjunto de pessoas de um mesmo país, devemos utilizar as línguas oficiais para diminuir a segregação e melhorar a igualdade entre as pessoas. Foi pensando nessa igualdade que, em 2002, houve a promulgação de uma segunda língua oficial no Brasil, a Libras (BRASIL, 2002). Um enorme salto para a isonomia de cidadãos, porém não totalmente posta em prática, além de ter sido reforçado este problema, com o descumprimento da obrigatoriedade dos tradutores.

A questão da Libras aparece no discurso de algumas pessoas como ponto central, gerando dificuldade de comunicação, limitando acesso pleno e acessibilidade e podendo comprometer resultados da assistência.

Depois de um período de 17 anos da promulgação de língua oficial e de 14 anos do Decreto 5.626, em que os profissionais com atuação no SUS deveriam estar capacitados (BRASIL, 2005), ainda ocorrem dificuldades.

E2: Sempre a abordagem [de entrada] do indivíduo. É sempre muito complicado de [...] para mim, pelo menos, assim, mas [...] acho que a abordagem mais centrada na pessoa possível, então você tem uma dificuldade auditiva, teria que ser uma capacitação para poder se comunicar verbal ou não verbalmente com esse indivíduo.

E3: E você tentar se comunicar com essa pessoa acho que precisaria ter pelo menos alguém que tivesse um curso de Libras, às vezes fica todo mundo perguntando “Quem sabe falar Libras?”, eu sei um pouco, mas às vezes você não consegue comunicar com ela direito.

E13: Como o especialista na psiquiatria, a minha também é um pouco, por não ter essa comunicação de saber comunicar por Libras. Para mim, eu necessito de um familiar. Isso acaba restringindo às vezes, eu preciso acompanhar.

A preocupação dos profissionais com a capacidade de entendimento do paciente, externando, o medo com a falha da comunicação. Alguns desenvolvem métodos e estratégias peculiares para transpor esse entrave, diminuindo obstáculos.

E7: Eu acho que o acolhimento é o principal, principalmente aqui na atenção primária, em relação ao nosso cuidado com eles, porque eles

têm mais dificuldade no entendimento. E por não estar escutando direito, às vezes eles continuam concordando com a gente na hora da assistência, mas não que eles estejam entendendo tudo que a gente está passando. Mas só para não passar aquele constrangimento que [...] não escutei nada do que você falou. Então, eles ficam concordando e a gente tem que ter um cuidado muito grande nesse momento, em relação a isso, em relação ao nosso cuidado com eles. De saber se ele está realmente compreendendo ou simplesmente só está concordando com aquilo.

E7: Essa pessoa precisa ser acolhida com equidade, de acordo com a necessidade dela. A gente entende que às vezes eu vou ter que não acolher lá na frente, porque os ruídos ao redor vão atrapalhar, e talvez levar para uma sala, conversar, perguntar a ela se ela está entendendo. E ver se tem, às vezes, acompanhamento de alguém junto com ela para explicar algumas questões se ela não estiver entendendo. Então, mais nessa questão.

E15: A gente escreve o problema, como eu te falei lá atrás, a gente tem um desafio muito grande porque tem a vulnerabilidade e muitos deles não sabem ler, então, assim, o que está dentro do que eu posso fazer: eu faço gesto, grito, falo um pouco mais alto [...] mas eles não saem sem entender, porque a gente faz desenho, a gente explica a medicação que eles vão tomar de manhã e à noite, enfim [...]

E14: Primeiramente a comunicação, se ele está entendendo realmente. Eu acho que a comunicação é uma falha, como profissional eu acho que deveria ter uma estratégia de comunicação com esse paciente que possui essa dificuldade, principalmente se essa for intensa e bilateral. Como se comunicar, se fazer entender e proceder as demais condutas clínicas tendo certeza que o paciente está entendendo? Precisamos bolar estratégias nesse sentido, acredito que seria fundamental.

E8: Primeiro que é ruim para você explicar... acho que o paciente deve ficar cansado, você explica uma receita para ele, alguma coisa, de repente ele não entende ou entende a metade e balança a cabeça, "Ah! está bom", porque não está entendendo. "O quê? O quê?" Aquele negócio assim. A gente falando cada vez mais alto.

E6: Tem paciente que não consegue nem conversar direito. A gente explica as coisas, eles não entendem. Então, tem dificuldade nessa comunicação, interação, não ouve direito, não sabe conversar.

Identificamos um ponto importante, a presença do intérprete. Um indivíduo com capacidade de se comunicar em Libras, algo que já está presente na Lei 12.319, de 1 de setembro de 2010, e que até hoje causa desconforto aos profissionais e prejuízo aos deficientes auditivos. O intérprete pode, de uma maneira pouco esperada, levar a desinformação por não transferência de toda a informação e também limitar a relação médico-paciente por diminuição da confidencialidade (RICHARDSON, 2014).

E16: Muita gente que não conhece, não sabe nem a forma como você lida quando tem um paciente que tenha até um próprio intérprete. Que até o modo de você estar com a pessoa surda ou muda que tem um intérprete é diferente.

E13: Acho que tem que ter esse cuidado de a pessoa estar acompanhada. Precisa, às vezes, de paciência, porque é necessário, às vezes, ele falar alto, e isso demanda, dependendo para pessoa, um esforço, que nem todo mundo consegue ter essa disposição de querer ficar falando alto, às vezes até gritar as perguntas. É uma entrevista cansativa ficar gritando uma anamnese toda para que a pessoa escute, às vezes, já que ela não tem aparelho, enfim.

Houve três falas com um ponto em comum: o acesso restrito à atenção primária nesse grupo de indivíduos, a dificuldade de comunicação quebrando o princípio da universalidade. A surdez sendo referida como um impedimento de acesso para pacientes na CF e também de prolongamento do tempo e percurso no cuidado, para as pessoas com surdez, em comparação com aqueles que não possuem essa situação.

E1: Porque a gente tem capacidade de dar assistência médica, mas assim uma parte mais humana, né? Que é a questão da acessibilidade, né? De estar [...] de poder ter a capacidade de poder se comunicar, trazer as queixas deles e de [...] e, muitas vezes, [quem] não tem capacidade, né? [...] Tem sempre uma barreira.

E11: Na verdade, eu acho que os profissionais não têm preparo. Talvez um paciente que por conta da surdez tem dificuldade de chegar ao atendimento e se expressar, talvez a comunicação fique mais difícil e isso seja um problema maior para o paciente do que para nós. Eu acho que isso pode até ser um impedimento de acesso para esse paciente, se o paciente não consegue se comunicar e nós não conseguimos entender ele não vai conseguir as consultas.

E10: Na minha outra equipe, eu assistia um casal que é surdo e mudo, e às vezes, o percurso de chegar ao acolhimento, de ser acolhido e de explicar a demanda até chegar ao consultório e traçar uma linha de comunicação era um percurso muito maior do que uma pessoa que não tem essa deficiência, ou que não tenha alguma deficiência. Às vezes, é preciso até mesmo contar com uma certa boa vontade e lidar com a falta de preparo, porque é até mesmo incômodo falar sobre a necessidade de suporte em todos os lugares, algo que deveria estar incluído, porque a comunicação verbal é a comunicação mais fácil.

Na fala a seguir, observamos um ponto sensível que não depende diretamente do profissional de saúde, porém de planejamento, gestão e considerações estruturais. A estrutura da CFSVM não bloqueia ou diminui o ruído ambiental, prejudicando, assim, a comunicação com o usuário.

E7: Eu sinto um pouco de dificuldade no diálogo [...] eu trabalhava, era um ambiente muito [...] que tinha muito ruído, então atrapalhava na consulta.

Ainda sobre acesso e acolhimento, considerando Starfield (2002), que deveria ser um ambiente preparado e acolhedor para todos os cidadãos, parece que, no caso da CF estudada, ainda está longe de ser realidade.

E10: Eu penso que se eu chego em um ambiente de saúde onde eu me sinto incluído, onde tem uma pessoa que vai saber se comunicar comigo na minha língua e que não vai precisar dar um jeitinho, vai ser simples e eu não vou precisar de um papel e uma caneta, de um computador ou chamar várias pessoas para tentar estabelecer uma linha de comunicação [...]

E10: Eu acho que não estamos nos preparando para atender essa demanda como deveríamos. Nós somos porta de acesso da área de atenção básica e nós, mais do que ninguém, deveríamos ampliar o olhar sobre as pessoas que têm essa condição e até mesmo nos capacitarmos em relação a isso.

Para Sousa (2017), o obstáculo para o indivíduo com perda auditiva encontra-se na comunicação pela falta de conhecimento. do uso de Libras e de intérpretes. O profissional deve ter habilidades para estabelecer uma comunicação efetiva, transferindo informações de forma clara e eficiente e proporcionando a formação do vínculo do paciente com o serviço.

Os entrevistados relatam sua inquietação diante da falta de capacidade de comunicação em Libras. O aprendizado constante necessário para o bom diagnóstico e tratamento deve também incluir conhecimentos necessários para uma boa comunicação, tão especial no grupo de indivíduos com perda auditiva, contemplando assim os princípios da universalidade, equidade e integralidade.

E14: Em relação à conduta e segmento entra uma dificuldade de não se ter falado muito sobre isso durante a graduação, é uma dificuldade

também pessoal e profissional que talvez nós precisássemos abordar. Mas aqui nós sempre temos ajuda de pessoas mais experientes. A minha dificuldade maior hoje em dia é em como dar segmento depois de encontrar algo na audiometria, por todas as dificuldades implicadas no tratamento.

5.2.1.2 Isolamento

Outra condição que surgiu na fala dos participantes foi a preocupação com um resultado secundário da perda auditiva, relacionado à comunicação, o isolamento social. Nestes casos, ao se isolar fisicamente, a pessoa tem uma limitação para a procura do direito à saúde provida pelo Estado, acaba interferindo e limitando mais ainda o seu acesso.

A ESF apresenta uma solução para esse distanciamento, a partir da interação com os agentes comunitários de saúde (ACS). Porém, como vimos anteriormente, um grande número de participantes relata não haver efetivamente a busca ativa, uma das principais novidades do modelo brasileiro para a atenção primária.

E13: A incapacidade de comunicação, talvez até o isolamento, porque às vezes a pessoa tem uma dificuldade para assumir que não está ouvindo ou compreendendo, e isso pode gerar um isolamento, é como “rir da piada do outro sem entender”. Pode gerar o isolamento social e complicações psicológicas.

E7: [...] em relação à perda auditiva, é importante porque isso interfere diretamente no cuidado deles, não só cuidado biológico, mas pensando em parte social também. A gente percebe [...] acaba que eles têm [...] um envolvimento social reduzido por causa dessa perda auditiva. E, às vezes, eles não vêm até a gente, e com isso, a gente tem que fazer a busca.

Os trechos mencionados nos trazem a preocupação do profissional com o isolamento gerado pela dificuldade de compreensão de terceiros. Essa privação do ambiente social tem um efeito maléfico na saúde (ANDRADE, 2002).

5.2.2 Representação Social da Surdez

Nesta parte, agregam-se os dizeres dos participantes que tratam das atitudes e pensamentos da população adstrita sobre a perda auditiva/surdez ou que, de

maneira direta ou indireta, poderiam influenciar de alguma forma, gerando ou piorando esse estado.

5.2.2.1 Compreensão doença-vida

Observamos os profissionais falando sobre como a população compreende a perda auditiva e a importância dada por elas a esse fato e que atitudes isso acaba provocando. Há ainda a preocupação do profissional de saúde com o conhecimento da sua clientela e a frustração com a falha na comunicação que, na sua visão, podem degradar a saúde ou mesmo evitar o diagnóstico precoce de patologias.

E8: [...] que a falta de informação, acho que é o principal fator de risco, porque, às vezes, idoso, por exemplo, acha normal ficar surdo. [...] as mães muito em relação as crianças, as mães muito novas, assim, e quando você fala que tem que estimular a criança para poder ver se a criança fala bem, se ela está ouvindo bem. É uma coisa que elas não entendem.

E6: [...] não sabem, não tem informação correta como usar, qual o uso principal do cotonete, para que ele serve. [...] Algumas pessoas também têm o hábito de ficar usando fone de ouvido muito alto.

E16: [...] os adolescentes, eu vejo muito adolescente também com fone de ouvido muito alto.

E5: [...] tentar construir com o paciente, principalmente o adulto, para que ele possa entender que isso está relacionado com a vida e o trabalho.

O paciente ter o pleno entendimento de suas atividades do dia a dia parece ser fundamental e necessário para a longitudinalidade dos cuidados. Katz (1999) destaca que é função do profissional a aceitação e compreensão de fatores de risco e as maneiras de intervenção.

E10: Na grande maioria das vezes, o paciente só busca nosso atendimento por uma demanda dele quando está efetivamente comprometendo alguma funcionalidade no seu dia a dia.

5.2.2.2 Direitos da Pessoa com Deficiência

O princípio da equidade no SUS, que se relaciona também com direitos à saúde, implica atuar de maneira diferente com os indivíduos que apresentam necessidade distintas, buscando bem-estar. O cidadão que apresenta alguma dificuldade ou lesão permanente no corpo que comprometa as atividades diárias e/ou trabalhistas deve receber do Estado alguns benefícios diferenciados.

Neste subgrupo, condensamos as falas dos profissionais sobre os direitos e benefícios que são dados aos pacientes com alterações auditivas.

E9: Eu acho que a questão do desconhecimento da perda auditiva, ter acesso ao Riocard [...] é especial, e as pessoas desconhecem um pouco. Então eu acho que esses fluxos têm que ser mais bem divulgados, mais bem tencionados, principalmente os RTS das unidades têm que ter esse domínio para matricular os outros profissionais, seja residente [...]

E4: Tem a questão, aí é uma sugestão que existe realmente que é o Riocard para que tem esse tipo de deficiência é uma possibilidade para facilitar também.

E13: Eles acabam tendo, muitas vezes, alguns benefícios teoricamente amparados por lei, por ter uma deficiência, mas que também precisam correr atrás, porque nem todo mundo sabe, é preciso um assistente social, enfim, ou mesmo uma equipe de saúde que saiba os direitos, direcionar para ele correr atrás do benefício, de LOAS no fim da vida.

E2: [...] acho que para o indivíduo tem repercussão legal porque tem determinados concursos e determinadas [...] coisas que entram como prioridade, tem vagas específicas para deficientes auditivos.

O enfermeiro e o médico, como principais coordenadores diretos da equipe e da atenção ao paciente, devem buscar não somente tratar a doença, mas ter um olhar integral de cuidado. Esses profissionais podem atuar na promoção do bem-estar para os usuários, incluindo pessoas com deficiência, estando informados e colaborativos sobre direitos do cidadão, em geral, e aqueles grupo específicos.

5.2.2.3 Agenda Oculta

Através do relato a seguir vemos o interesse do entrevistado em identificar o que não foi exposto pelo paciente, a queixa que não estava contido na demanda principal. Não raras vezes, essa invisibilidade da deficiência está relacionada aos estigmas e à representação social da deficiência, neste caso em estudo, a surdez. Nas falas a seguir, identificamos um reforço sobre a importância de estimular o rastreio por parte do profissional em todos os ciclos da vida, independente da queixa existir ou não, porque o problema da perda auditiva pode não estar claramente apresentado pelas pessoas em atendimento.

E14: É uma população com pessoas trabalhadoras, pessoas em sua maioria humildes, que fazem diversos serviços com carteira assinada ou não, então isso poderia ter alguma relação e, muitas vezes, é uma população que não chega com a queixa. [...] Então por isso esse estudo que você está fazendo e o fato de estar na ponta do serviço é tão importante, porque nós temos a chamada agenda oculta, que é quando o paciente não fala diretamente do assunto, mas nós podemos denotar.

E14: [...] quanto ao rastreio, muito raramente a pessoa chega falando sobre o problema da surdez, então já seria uma agenda oculta, um problema no rastreio.

A não observação de um problema de saúde, também pode se apresentar relacionada ao fato de que sua presença dentro dos casos mais frequentes de atendimentos, não é vista como muito prevalente, favorecendo que seja uma morbidade oculta, embora possa trazer limitação nos aspectos relacionais da vida de usuários dos serviços de saúde.

E9: [...] eu entendo que você deveria dar atenção nessas consultas, mas assim, é aquilo que eu falei antes, às vezes, esquecem da saúde auditiva, fica lateralizada, e focam a diabetes, a hipertensão, e até a visão, porque sabem que essas doenças alteram a visão e a gente se preocupa pouco, talvez por isso também não tenha muita correlação com essas doenças crônicas.

5.2.3 Práticas, Atitudes e Conhecimentos dos Profissionais

Esta categoria de análise está centrada no profissional da saúde da equipe da ESF, suas falas sobre práticas, atitudes e conhecimentos em relação à perda auditiva e surdez. Agrupamos os conteúdos das entrevistas em relação ao conhecimento dele

sobre o conceito das alterações auditivas e ao seu exercício diário no cuidado relativo à identificação das alterações ou intervenção nos transtornos auditivos.

5.2.3.1 Conceito de perda auditiva/surdez

Nas respostas ao questionamento sobre diferenciação entre os conceitos de perda auditiva e surdez para o profissional, identificam-se alguns padrões de respostas. A diferenciação pode ser complexa e difícil, ainda mais ao relacionarmos com implicações médico legais e os deveres do Estado para a atenção integral (COSTA et al., 2006).

E8: Eu acho que a perda auditiva [...] é aos poucos, que não é total, que não perde totalmente, que tem uma porcentagem. E a surdez eu acho que é aquela que não escuta nada, nada, nada.

E12: Surdez, para mim, é aquela pessoa que realmente não consegue escutar. E a perda auditiva você pode ter a perda ao longo do tempo. Assim, ela pode escutar [...] ter menos setenta por cento, trinta por cento da audição.

E13: O que eu imagino é que na perda auditiva você tem graus. Com o passar do tempo, eles podem diminuir nessa capacidade, eles vão ter perdas auditivas, mas escutam. E a surdez, na minha opinião, são pessoas que não têm essa capacidade mesmo de ouvir e, a partir disso, responder ou formular perguntas.

E9: [...] perda auditiva tem vários níveis, né? Tem várias gradações a perda auditiva. [...] assim, vai de leve para grave. E a surdez é quando você não ouve.

E6: Se ele consegue ouvir, se ele escuta som. [...] Então, assim não é surdo, ele tem uma perda auditiva.

E10: [...] a perda auditiva geralmente é progressiva e pode não ser total, então você ainda tem algum grau de escuta. Já no caso da surdez, geralmente é total, na maioria das vezes é total ou ainda bilateral.

E7: Eu acredito que a perda auditiva a gente tem [...] padrão, tem níveis de perda. [...] E a surdez eu associo mais à perda por completo.

E1: [...] na minha concepção, a surdez vem com a perda completa, né? E aí a perda auditiva já tem uma gradação, já existe uma [...] a pessoa tem [...] algum nível de audição.

Os entrevistados, variando a maneira de explicar, demonstraram ter uma ideia correta sobre as diferenças entre perda auditiva e surdez, porque vemos mesmo que,

nos documentos oficiais e na literatura, há grande diversidade de apresentações quanto à sua definição (BRASIL, 2005, 2010, 2012).

E4: O que eu entendo é que a perda auditiva pode ser uma perda auditiva parcial e ela pode ser uma coisa transitória, por exemplo, um cerúmen impactado [...] a surdez já seria um diagnóstico fechado. A pessoa tem uma surdez, e aí tem vários tipos.

E14: A pessoa pode ter uma perda auditiva momentânea, por exemplo, um corpo estranho [...] geralmente, a surdez é precedida de uma avaliação, e é diagnosticada a deficiência.

Entre as falas dos entrevistados, identificamos profissionais que subvalorizam os números de carga de perda auditiva, ao contrário do que já amplamente apresentado (BRASIL, 2000, 2009, 2015; RESENDE, 2013). Podemos realmente ter uma área com maioria da população jovem, o que diminuiria a prevalência local, mas temos sempre que deixar aberta essa opção para podermos buscar o diagnóstico.

E4: Olha, eu não vejo uma grande prevalência. A maior parte de problemas auditivos que a gente recebe geralmente é a questão de: “Ah, tô sentindo diminuição”. Mas, a maior parte é cerúmen que a gente retira aqui.

E2: Não sei exatamente. Considerando os meus pacientes, eu não tenho uma população muito grande de deficiente auditivo, assim.

5.2.3.2 Diagnóstico

Este grupo de subcategoria está apresentado para mostrar como o profissional que está em contato direto com o usuário coloca em prática os conceitos antes relatados, no que se refere ao diagnóstico de surdez. A maneira como ele pensa sobre a sua principal atividade-fim, como ele a executa e o que ele utiliza para encontrar o desvio da normalidade do usuário.

E2: Eu acho que [...] tipo de dificuldade é porque foge muito da nossa alçada. A função do médico de família é identificar, é porta de entrada e saber o fluxo a ser dado. [...] eu faço o acolhimento, eu faço o vínculo, mas eu tenho que encaminhar, porque eu não consigo fazer mais nada aqui.

O trecho anterior apresenta um olhar centrado na doença e baseado na divisão da assistência em especialidades, sem considerar a coordenação do cuidado esperada para a APS, com criação de vínculos, além da atuação como porta de entrada. A transcrição a seguir mostra uma conduta que foge à otimização dos recursos que deveriam ser empregados na APS, com o próprio médico deste nível solicitando a audiometria para os casos suspeitos, em geral. A audiometria é um exame de fácil execução e interpretação, estando disponível na rede pelo Sistema de Regulação, diminuindo, assim, a movimentação do indivíduo para especialistas, visando fechar-se o diagnóstico.

E13: O que nós fazemos aqui é avaliação clínica, nós fazemos a otoscopia porque, muitas vezes, a hipoacusia pode estar associada a [cerume] e aqui nós também fazemos lavagem. Então já aconteceu de o paciente estar com queixa de hipoacusia, e quando a gente vai fazer o exame e a lavagem, a pessoa consegue ouvir. Em outros casos, quando não conseguimos ou detectamos algo mais, como membrana não visualizada, nós fazemos o encaminhamento para o otorrino.

E8: Aqui na unidade a gente só faz [...] exame com otoscópio. Não tem nenhum outro exame, não (exames disponíveis). Que eu saiba tem audiometria e tem o (BERA).

E12: [...] a gente [...] tem audiometria, que eu saiba, a audiometria e depois a reabilitação.

Foi observada uma certa simplificação na avaliação do exame que pode prevenir erros e, desta maneira, garantir a saúde do usuário. Grande parte da população encontra-se em alguma atividade laborativa, e na falha de outras instâncias fiscalizadoras, a APS poderia estar atenta à existência de lesão auditiva no trabalho. Outro aspecto interessante é o reconhecimento de que, algumas vezes, a suspeita diagnóstica somente chega na presença de casos com perda auditiva mais avançada.

E11: [...] toda vez que identificamos neurosensorial já pensamos que pode ser algo relacionado a ruído ou trabalho, mas quando é condutiva, geralmente é cera ou obstrução. Eu aprendi muito sobre isso na medicina do trabalho.

E12: Primeira coisa que a gente faz [...] assim, que eu faço é saber se a pessoa tem noção [...] a percepção que ela está diminuindo a acuidade auditiva dela. E depois a gente começa a investigar a causa para tentar uma reabilitação.

E10: [...] o destaque é que quando geralmente nós fazemos o diagnóstico já são casos bastante avançados. É difícil a gente

conseguir identificar esse momento de transição em que vai tendo a percepção de alguma perda auditiva, a não ser naqueles casos que realmente são mais graves ou geralmente irreversíveis.

E10: [...] a gente não tem uma dificuldade quando já é uma queixa, então acredito que nossa maior dificuldade seja na triagem e na questão das orientações, acho que não é uma coisa rotineira. [...] Quando vem uma queixa, nós sabemos o que fazer, mas quando a queixa não está presente, nós não tentamos fazer uma prevenção, exceto em crianças e adolescentes.

E13: [...] é muito mais difícil, a princípio, um primeiro acesso, um primeiro tratamento, talvez só vão ter contato muito mais velhos, e talvez determinadas doenças, patologias pudessem ter sido mais bem ajustadas, enfim, mais bem tratadas, mais novos.

O profissional da atenção primária deve sempre de utilizar de vários meios para assegurar o cuidado da sua população. Ferrite, Santana e Marshall (2011) chamam a atenção para a pesquisa de perda auditiva auto relatada, já Katz (1999) mostra que o questionário de autoavaliação tem grande sensibilidade e especificidade.

5.2.3.3 Tratamento

Esta subcategoria resume aspectos de como os entrevistados manifestaram abordagens de intervenção no estado de saúde e na progressão de perda auditiva. O aparelho auditivo foi citado por muitos, assim como o fato de que há o acompanhamento por especialista, além de procedimentos de reabilitação, embora sem que o profissional da APS saiba referir muito bem o que ocorre nas intervenções dos outros níveis de atenção.

E10: [...] uma vez diagnosticado, ou solicitamos audiometria ou já encaminhamos para a reabilitação auditiva, onde nós também temos uma equipe multidisciplinar com a disponibilidade de poder fazer a prótese. O que acontece com algumas pessoas é que realmente são incluídas na reabilitação. E quando se fala em reabilitação, a meu ver, não é apenas a chegada do aparelho, tem toda a questão de como utilizar e a adaptação e toda a questão de investigar o que aquilo vai representar para o paciente. E eles fazem o acompanhamento de rotina, não tem um fluxo específico.

E14: [...] somente o uso de aparelho auditivo, nunca vi nenhum tipo de acompanhamento.

E13: [...] (tipos de tratamento vivenciado) somente o uso de aparelho auditivo, nunca vi nenhum tipo de acompanhamento.

E1: No caso, eu tenho uma paciente que tem uma perda auditiva importante. Ela faz uso, eu acho que [...] inicialmente eu acho que só o aparelho auditivo mesmo, né?

E1: Assim, a gente tem uma [...] ela tem um acompanhamento específico com um otorrino, né? Eu fico mais na coordenação. Não específico na abordagem da saúde otológica, não, eu fico [...] ela [...] normalmente eu sei através dela mesmo, muitas vezes, eu dou uma olhada nos laudos, ela relata como é que foi a consulta.

E9: É esse da reabilitação mesmo, que é o paciente ir e ser avaliado com o aparelho auditivo e fazer o acompanhamento. Muitos não se adaptam a esse aparelho que é fornecido pelo SUS, mas, no geral, eles conseguem.

E12: Eu já encaminhei para reabilitação. Aí eles avaliam lá, se tem necessidade do aparelho ou não. Mas [...] eu não sei exatamente o que eles fazem lá, não. [...] Acho que a gente fica muito limitado, assim, a pedir a audiometria e, depois, mandar para o otorrino. Eu sinto essa dificuldade, assim. Fica um gap

A integração de ações de diferentes níveis pode facilitar e otimizar o tratamento dos indivíduos. A rede de serviços deve ser conhecida pelos profissionais, melhorando, assim, sua utilização, a resolubilidade e a vida do usuário (SILVA et al, 2015).

E1 [...] muitas vezes, quando eu encaminho, o paciente não tem o mesmo tratamento que eu gostaria que ele tivesse, se fosse eu a estar lá. Então, a minha maior dificuldade é depender do serviço secundário ou da atenção terciária para poder continuar o tratamento.

Os coordenadores do cuidado dos usuários tornam-se expectadores do sistema, não tendo gerência plena do que ocorre em outras esferas do atendimento.

E5: [...] em reabilitação no SISREG. Reabilitação auditiva. [...] Porque a colocação de prótese já exige todo um processo no qual tem que existir um especialista, que vai ser provavelmente o otorrino a indicar ou não a prótese por algum motivo.

E5: O tratamento exige uma rede de cuidados bem estabelecida e que funcione bem, mas não só uma área deve funcionar, é preciso que todo o resto também funcione.

5.2.4 Triagem Auditiva

Este grupo foi especificado e separado da categoria de práticas, atitudes e conhecimentos, para dar ênfase à busca ou rastreio da perda auditiva, que envolvem mais ações ou protocolos específicos.

5.2.4.1 Triagem na Criança

Já foi visto na parte de caracterização do perfil, onde permaneceu incluída uma pergunta sobre Teste da Orelhinha, que houve adequação das respostas dos profissionais, em sua maioria, embora com perda da necessidade de busca ativa, nos casos de falhas do exame.

Na infância, o profissional de saúde chega à suspeição de perda auditiva através do cuidado continuado, longitudinal, provavelmente utilizando os marcos do desenvolvimento (BRASIL, 2012c) associados à queixa da mãe.

E16: [...] acho que na criança, quando vão passando as consultas da puericultura, que a gente tem até dois anos, programada pelo Ministério da Saúde, e aí a cada consulta, a cada mês da consulta programada a gente tem o que a gente espera que a criança desenvolva [...] debruçar-se na cama. Então acho que essa é uma das formas que a gente vai identificando se ela tá começando a corresponder aos estímulos. Mas normalmente eu tenho visto que sempre vem a queixa da mãe.

E5: [...] exame físico que o médico faz, estar atento ao olhar da criança ou a fazer barulhos, colocar a lanterna para ela acompanhar com o olhar, a percepção de como essa criança se comporta no exame físico e a história da família. E como a equipe conhece a família e isso ajuda muito porque, às vezes, a família não sinaliza nada. De repente, conhecendo a família, você pode aprofundar essa pesquisa.

E5: pode ser que uma criança tenha feito todos os testes, mas não tenha sido indicada neles uma perda auditiva, no entanto quando ela começa a desenvolver a fala ou mesmo a ter alguma questão em relação ao aprendizado na pré-escola, às vezes isso vai sinalizar uma dificuldade auditiva, visual ou locomotora. Não dá para dividir as coisas.

Este subgrupo de transcrições agregou o que os entrevistados expressaram sobre a Triagem Auditiva Neonatal (TAN). Em vista da importância social e da atenção conseguida após a obrigatoriedade, desmembramos este momento de triagem dos outros.

E16: E aí eu atendo as duas linhas de cuidado, faço puericultura, pré-natal, hipertensão, diabetes e tal. E aí, normalmente, as mães costumam ter bastante cuidado como esses [...]

E8: [...] faz o teste da orelhinha na maternidade. Se não fizer na maternidade, quando vem para cá, a gente encaminha ele para [...] aquele lá em São Cristóvão. E aí lá a gente faz avaliação e dá um parecer para a gente. Às vezes, pede o [BERA], que é outro exame, que manda para o SISREG, ou não. Alguns têm que [...] mesmo fazendo na maternidade, pede para repetir na maternidade um novo em até trinta dias.

E9: [...] crianças já vêm da maternidade com o teste da orelhinha feito, quando não ou quando vem alterado, aí é encaminhar para fazer o BERA, aí você tem que fazer esse acompanhamento [...] se no exame tiver alguma alteração, eles encaminham para ver se foi feito um novo, e aí eles liberam para repetir o exame BERA depois de um tempo.

E11: [...] aqui nós temos o fluxo que sai da maternidade já após a primeira triagem auditiva, e depois, a gente pode encaminhar para fazer o [BERA] ou outro teste qualquer. Eu acho que nós não temos a capacitação para o caso de falhar. Eu acho que nós fazemos e conduzimos [...] eu acho que lá eles observam que está alterado, eles reencaminham para a gente fazer algum acompanhamento, reabilitação auditiva ou encaminhar para algum lugar. Mas eu não tenho essa noção em relação a estar alterado.

E7: [...] é aquele fluxo da primeira avaliação. [...] Geralmente, ela vem da maternidade já com essa avaliação. Quando não vem, a gente encaminha, a gente tenta encaminhar o mais rápido possível. Assim, pelo menos até o primeiro mês. E caso perceba alguma alteração, a fono vai agendar as reavaliações.

E1: [...] normalmente vem relatado [...] na primeira consulta com a criança, a gente já avalia se já foi feito, né? Se não foi feito, muitas vezes, a própria maternidade já manda uma contra referência relatando até o motivo. Eu não consigo fazer no momento e a gente muda aí na questão a urgência, né? A gente tenta entrar em contato [...] não existe um [...] talvez um [...] foge um pouco da burocracia, né? Tenta entrar em contato, liga para o gerente ou para o profissional em si mesmo para tentar ver se consegue dar um [...]

E2: O fluxo, a princípio, algumas maternidades já fazem o teste da orelhinha. Quando não conseguem fazer, eles encaminham para a atenção primária para a gente encaminhar para fazer o teste. No [SiSREG] entra como emissões otoacústicas [...] Aqui na unidade, especificamente, tinha um fluxo numa unidade separada, assim, a gente encaminhava diretamente. Mas eu não tenho certeza mais qual é. Mas tinha um fluxo separado, que não era necessariamente pelo [SISREG]. Mas onde eu trabalhava antes era pelo [SISREG]. Só que acontece muito furo porque, às vezes, a mãe não vem ou, senão, quando vem a gente consegue fazer o segmento [...]

E9: [...] pelo sistema, se ela pedir para repetir o teste da orelhinha, não entra nesse fluxo do teste da orelhinha. Teria que repetir esse teste da

orelhinha. Tem vaga, só que, no geral, as vagas são na zona norte, zona oeste, e aí dificulta para o usuário do centro ir até lá. Quando tem que fazer o BERA, que é o teste que ela solicita, e dizem que o teste deu alterado, aí não adianta inserir BERA. Ela vem com o pedido de BERA, e aí temos que colocar na reabilitação auditiva.

Houve descrição do fluxo compreendido e utilizado pelo profissional para a TAN. Vemos que alguns relatos mostram certa dúvida em relação a este fluxo.

E8: A gente fica insistindo, porque tem mães que [...] acham que não é importante, acham que não [...] não se atenta a isso. A gente fala que tem que ir e tudo, mas é longe, são vários fatores, tem que ter alguém junto. E tem umas que não vão. Aí a gente acaba passando o prazo, porque isso tem o prazo, a gente pede pelo [SISREG].

E5: [...] não é bem busca ativa, porque quando a criança vai fazer a puericultura, você verifica o que foi feito e o que não foi feito, então tem que ficar atento a isso.

Se a criança não completa ou falha na avaliação auditiva, a equipe de saúde, da APS, pode aproveitar a atuação do ACS, aumentando, assim, sua abrangência no cuidado da população, através da busca ativa de casos ou percepção da suspeita de casos na comunidade. Os agentes comunitários podem atuar como estímulo e ampliadores do rastreio (CASTRO, 2015).

5.2.4.2 Rastreamento em outras faixas etárias

A pessoa idosa é a que apresenta maior prevalência de acometimento das alterações do sistema auditivo, mas houve poucas referências a este grupo, especificamente no que diz respeito ao rastreamento.

E9: [...] a gente verifica muito aqui são idosos que têm uma questão de perda auditiva importante, que, às vezes, é negligenciada. Às vezes, a pessoa esquece o sistema de fluxo de encaminhamento para aparelho auditivo e que o município do Rio fornece gratuitamente esse aparelho. [...] sobram vagas, na verdade, e tem sempre a vaga disponível [...] e eu acabo vendo uma baixa procura de inserção desse procedimento.

E6: Acho que quando você vai ficando idoso, tudo vai dificultando. Não sei, não tenho muita experiência nessa. [...] Mas tem outros diabéticos, hipertensos, fatores de risco, tudo é mais difícil.

E3: A questão do idoso, às vezes a gente tem dificuldade até para conversar com as pessoas. Quando buscam, eles fazem uma pergunta, e as pessoas entendem errado ou elas não escutam mesmo quando você está falando e fazendo uma pergunta. Aí você já começa, tem o Teste do Sussurro.

O idoso deve ser avaliado e acompanhado bem de próximo, pois pequenas alterações podem alterar o equilíbrio e levar a patologias graves. A avaliação anual é preconizada pelo Ministério da Saúde com a utilização do Teste do Sussurro, prevenindo, assim, o isolamento social e possíveis evoluções para alterações emocionais (MORAES, 2012; LABANCA, 2017).

Pensando em acompanhamento integral da população e coordenação do cuidado, unimos nesta categoria as demais menções aos outros momentos citados para a avaliação auditiva; momentos obrigatórios ou para acompanhar a evolução ao longo da linha de tempo do envelhecimento humano natural. Algumas falas marcam a possibilidade de uma certa banalização do rastreamento para além daquele previsto na primeira infância.

E4: [...] além da fase infantil, eu desconheço outras formas de rastreio.

E9: Em geral, é quando vem a queixa mesmo. É como eu falei, não tem essa atenção especial auditiva. Ao meu ver, é mais quando a pessoa traz ou vem na consulta e percebe aquele idoso, em geral, que não está ouvindo e faz um rastreio.

E4: De rotina, assim, não (triamos outras faixas etárias). [...] nunca fiz rastreio específico para isso não. Geralmente é quando a pessoa vem com uma queixa ou quando está na escola, e a professora começa a queixar que a criança não está prestando atenção na aula. Aí a gente faz o rastreio.

A pessoa idosa apresenta uma saúde delicada, sendo suscetível a várias complicações. O sistema auditivo é ligado ao sistema vestibular, e a perda auditiva pode ser um preditivo de quedas (GRETERS, 2017). A piora do sistema auditivo estabelece um grande comprometimento da comunicação, levando a alterações emocionais, sociais e ocupacionais (MONDELLI; SOUZA, 2012).

A adolescência é uma época da vida que torna o diagnóstico extremamente difícil, pois os sintomas são tênues, devendo o profissional de saúde prestar atenção e buscar sinais e sintomas inespecíficos, como: dificuldades escolares, diminuição de atenção e concentração, distração, irritabilidade, timidez (BRASIL, 2017a).

E9: [...] no adolescente... não sei nem se está indicado isso, de fato, desconheço.

E10: Período não tem, o que a gente deveria fazer seria quando começa a alfabetização, mas a gente não tem esse fluxo estabelecido. Porque essas crianças teriam que passar tanto pela triagem oftalmológica quanto auditiva. A gente não tem um fluxo estabelecido, mesmo porque nós não temos uma facilidade.

E7: [...] nesse tempo que eu tenho de saúde da família, a gente não [...] não vejo esse costume de fazer, assim, rastreio (em outras faixas etárias).

Os relatos apresentam um desconhecimento do rastreio em outras faixas etárias ou a impossibilidade pela falta de institucionalização de condutas. Os profissionais baseiam-se grandemente na queixa principal, não centrando a busca no bem-estar do indivíduo.

E13: No caso de trabalho, de pacientes que estejam em trabalho sob condições que favoreçam ruídos etc., a gente começa a perceber que ele começa a gritar muito [...] você conversa e tem muita dificuldade para entender o que você está falando, então a gente também, algumas vezes, solicita esse tipo de avaliação. Talvez no idoso. A gente também tem que ver se ele está escutando, se também está compreendendo o que a gente está falando. Num paciente pós AVC que você também pode ter alguma [...]

E9: A nossa população que é mais empobrecida, é mais vulnerável, tem situações de trabalho muito exposto, trabalhos braçais, de alto ruído, que também são pouco investigados, assim [...] você não tem uma preocupação, uma atenção nessa questão de solicitar uma audiometria, por exemplo, e perguntar se aquela pessoa que é motorista de ônibus, enfim, trabalhador de metalúrgica [...] se ele está fazendo um acompanhamento ocupacional no seu trabalho ou se precisa da gente aqui enquanto [...] ao final da estratégia para a promoção da saúde, enfim, para deficiências primárias, secundárias [...] enfim, pedir esse exame como acompanhamento mesmo [...] ou orientar que a empresa dele, no caso, faça isso.

E5: Talvez em idade escolar, dependendo do rendimento, dependendo de baixa de rendimento escolar e desenvolvimento. Se o desenvolvimento não está adequado, eu, pelo menos, sempre pesquiso a questão auditiva.

Considerando toda a equipe como responsável por situações de rastreio, algumas falas podem expressar que há diferentes oportunidades para detecção da perda auditiva ou surdez na APS, ampliadas na interação com as famílias e comunidade. Os relatos resumem uma percepção da unidade como um ambiente de rastreio, envolvendo diferentes membros da equipe.

E16: [...] porque as profissões têm outras atribuições dentro da unidade, mas como profissional de saúde, todo mundo é capaz de identificar pelo menos algum grau de perda.

E11: [...] a equipe inteira pode verificar se uma criança está escutando direito ou não [...] Nós fazemos muito isso com crianças, nós fazemos os testes para ver se elas escutam, se elas se viram procurando o som, mas em adultos eu acho que não temos uma rotina. No caso dos adultos, é ocasionado pela queixa na maioria das vezes, nós não fazemos isso com rotina.

E12: Eu acho que todo mundo aqui na clínica que tenha percepção de que o paciente [...] às vezes, conversando com o paciente, simplesmente vai falar, “não, não estou escutando bem. Alguém da minha família está falando”. Acho que qualquer pessoa.

E10: [...] somos uma equipe multidisciplinar, então todo profissional da unidade pode fazer, é sensível para fazer esse rastreamento, orientar e encaminhar.

E7: [...] não pensando só em especialistas, os agentes de saúde, porque saúde da família não existe sem eles. Eles que estão no dia a dia no território, percebem. [...] os professores conseguem perceber isso, às vezes muito antes da gente, porque estão ali no dia a dia e veem o desenvolvimento cognitivo dessa criança.

E6: É, pode ser o Nasf, eles atendem muito com a gente, interconsulta (detecção de perda auditiva).

E14: Todos os profissionais. Digamos que a criança vem para uma consulta com psicólogo, não precisaria necessariamente passar por um médico, a atenção é muito centrada no médico. A pessoa tendo a percepção, o próprio psicólogo, o enfermeiro ou até mesmo o agente comunitário, caso treinados, conseguem perceber.

E2: [...] a princípio, a equipe toda deveria estar ciente [...] Dependendo do caso, a gente faz acompanhamento multiprofissional.

5.2.5 Regulação e Itinerário

Neste grupo agrupamos os assuntos abordados pelos participantes com relação a como é organizado e realizado o manejo da perda auditiva/surdez na população adscrita na área da CFSVM. Uma boa compreensão de como o indivíduo deve percorrer a estrutura de saúde, em diferentes itinerários, e como ela é regulada, mostra-se como sendo prioritária para uniformizar e otimizar recursos físicos, materiais e, principalmente, o tempo do cidadão.

5.2.5.1 Referência ao Especialista

Este subgrupo nos evidencia como os participantes estão utilizando os recursos em outros níveis de atenção. No Rio de Janeiro e em todo o SUS temos o nível de atenção primária como um gargalo, muitas vezes. Algumas falas nos permitem verificar como a equipe de APS pode ver o médico especialista, além de ilustrarem possibilidades para a melhoria da utilização desses recursos.

E13: Em outros casos, quando não conseguimos ou detectamos algo a mais, membrana não visualizada, por exemplo, nós fazemos o encaminhamento para o otorrino.

E4: Geralmente, eu avalio se tem outros sintomas associados, se tem vertigem, se tem nistagmo, se tem otalgia e avalio. Faço o exame otoscópico, para avaliar se tem algo estranho, algo que não está sendo detectado, o que geralmente é o caso, e aí, caso eu não detecte nada no exame, e a pessoa tem a queixa, encaminho para um especialista para avaliar. Geralmente, é mais isso mesmo.

E8: Nessa avaliação, só enfermeiro e médico que fazem. No atendimento puericultura, a gente percebe. No atendimento ao idoso, a gente percebe também, pergunta por que ele está assim e quando que começou. E encaminha para o médico também.

E4: De qualquer forma, tento passar para o otorrino para ser encaminhado para esse fluxo para conseguir o aparelho.

O exame clínico é algo inerente ao profissional de saúde, e um boa avaliação pode poupar recursos diagnósticos complementares. A otoscopia é uma avaliação visual da membrana timpânica, podendo ser realizada na APS, sem maiores dificuldades

No relato de outro participante identificamos uma conduta que pode significar desperdício de tempo e recursos do usuário. desnecessariamente. A audiometria é um exame de simples interpretação que deveria ser solicitado antes do encaminhamento para o especialista. A falta de coordenação e planejamento da assistência dificulta a assistência integral (SERRA; RODRIGUES, 2010).

E4: A dificuldade, para mim, é no sentido de que é muito subjetivo. Eu me baseio na queixa do paciente, mas eu não sei quantificar isso. Ele pode falar: “Eu estou ouvindo menos”, e aí eu não encontro nenhuma razão aparente, e não tem nada obstruindo o conduto, e aí eu acredito nele e encaminho para um especialista. [...] Eu geralmente não peço audiometria, encaminho para o otorrino, se eles acharem. Se for necessário, eles voltam com o pedido, e solicito a audiometria.

E5: [...] não é comum, porque o diagnóstico, assim como a perda visual, depende de um pouco mais do sistema, da rede de sistemas. Então vai depender de outro médico ou outro especialista e, às vezes, equipamentos mais apropriados para verificar qual seria essa perda auditiva, até mesmo para fins de registro.

O diagnóstico de perda auditiva é clínico, através da queixa do usuário; a utilização de exames complementares entra na confirmação e quantificação do prejuízo auditivo. O médico otorrinolaringologista e do trabalho como especialistas podem correlacionar a perda auditiva ou surdez com as limitações que o sistema auditivo da pessoa impõe.

E8: [...] é, criança manda para a fono para fazer uma avaliação primeiro. Ontem a gente até mandou uma. Só que ele não falava, não sei se está escutando bem também.

E8: [...] eu acho que, principalmente criança, acho que a gente devia ter mais fonoaudióloga. Acho que ia ajudar muito [...] pelo menos para ajudar a fazer o matriciamento que a gente ia conseguir entender e tudo mais, acho que ia ajudar bastante.

A utilização do NASF otimiza recursos e leva à aquisição e compartilhamento de conhecimento entre os profissionais, provendo crescimento profissional, sobretudo uma melhor atenção ao indivíduo. A puericultura nos primeiros anos de vida pelos marcos do desenvolvimento, associada à intersectorialidade através da estreita ligação com a escola, possibilitaria grande grau de certeza nas suspeitas de transtornos do desenvolvimento, particularmente com os profissionais do NASF participando desta interação.

5.2.5.2 Organização da Rede

Esta subcategoria se relaciona com a interligação das estruturas do sistema de saúde, de maneira que ocorra a conexão entre ambientes diferentes de cuidado no acompanhamento do problema auditivo, garantindo a longitudinalidade através da referência e contra referência adequadas.

E8: Assim, ele vai para a audiometria; lá ele vai ver se é surdez mesmo e aí, se tiver indicação que tem que ter um [...] tem que preencher uns critérios, aí manda para a reabilitação para ganhar um aparelho.

E9: [...] é um pouco confuso na rede, porque existe um BERA no sistema, mas o BERA não tem vaga, e a gente descobriu recentemente que tem que inserir a reabilitação auditiva daquela criança, aí o pessoal da reabilitação auditiva vai inserir, vai avaliar e se acharem que tem que fazer o BERA, eles fazem o BERA lá, e aí eu questionei a central de reabilitação, e o que eles colocam é que o BERA tem que existir no sistema por uma questão de contrato com os terceirizados, só que ele não tem disponível o exame. Só que isso não é explicado, assim, ao meu ver [...] não é uma coisa [...]

E9: [...] eu acho que pensando na rede da cidade do Rio, eu acho que deveria ser mais bem estabelecido [...] Em termos de fluxo, eu acho que a gente tem essa disponibilidade de vagas, com o acesso, a princípio, bom. Eu não sei também se desconhecem e aí sobra vaga ou se a oferta é boa mesmo [...]

E4: Eu sei que tem um fluxo, eu acho que não é muito fácil, é burocrático. E tem vezes que eu consigo o aparelho também. Consegui para um paciente. São esses os recursos que eu sei.

E5: [...] mais do que o especialista, seria a construção de uma rede. Vai haver momentos em que precisaremos do especialista, mas como que se chega a esse especialista? E como esse especialista acolhe? Como é que constrói o percurso desse cuidado? O especialista é mais um nesse cuidado.

E1: Não. Não vejo, não (limitação para o acompanhamento). Se a gente conseguir fazer funcionar os fluxos, né? Que é o encaminhamento, a contra referência, acho que a gente consegue fazer a abordagem desse paciente dentro da [PS], dentro da clínica [mesmo].

Este subgrupo faz referência à maneira atual pela qual interligamos os níveis de atenção, com o paciente servindo de elo entre os profissionais nos dois níveis, principalmente pela ausência de contrareferência formal. Profissionais APS relatam a dificuldade de receber o retorno dos outros níveis de atenção.

E11: [...] tanta dificuldade para rastrear porque já vem a informação da maternidade. E para mim o exame otoscópio é simples, a maior dificuldade é a contra referência do especialista, de nós sabermos exatamente o diagnóstico do paciente e o que nós podemos fazer. Normalmente, o paciente mantém o acompanhamento lá ou vai para outro serviço de reabilitação, e nós não sabemos nem de fato qual foi o diagnóstico do problema.

E12: A gente tem contato com ele vindo aqui, falando que está tudo certo, se vai conseguir ou não, mas a gente não tem um feedback da reabilitação, de como está, é muito difícil. [...] Eu acho que essa interlocução tanto do otorrino quanto da reabilitação. A gente tem a

questão da contra referência, mas nunca é respondida. Eu acho que se isso fosse respondido, a gente teria um melhor conhecimento e acompanhamento do paciente.

O Brasil tem instituído, desde 2010, o estímulo à ligação dos diversos níveis de atenção através do RAS — Redes de Atenção à Saúde — para integração técnica, logística e de gestão, porém não é operante. Arantes (2018) e Kuschnir e Chorny (2010) reforçam a necessidade da transferência de informação entre as unidades de saúde para se obter a reabilitação do paciente e a longitudinalidade do tratamento.

Os limites da APS para abordagem integral da pessoa com deficiência, ou mesmo para a realização adequada de ações voltadas para rastreio, diagnóstico e acompanhamento da perda auditiva, podem ser apresentados, como percebemos em algumas falas, a partir de relatos gerais sobre dificuldades neste nível de atenção, não específicos.

Os participantes, em alguns momentos, externaram preocupação sobre o volume de trabalho apresentado na atenção primária gerar dificuldades para o bom acompanhamento da população.

E16: [...] a carga de trabalho aqui é muito grande, tanto na demanda de estar atendendo quanto na parte burocrática administrativa de alimentar planilhas e tal.

E6: A demanda é muito grande, o estresse que a gente está passando. E também acho que essa falta de informação da gente em focar. Às vezes, a gente foca uma coisa só e esquece.

E2: Tem [...] acho que não somente aqui, mas de um modo geral, porque levando em consideração a sobrecarga, são 4 mil pacientes, tem várias linhas de cuidado. Infelizmente, dentro das linhas de cuidado prioritário na atenção primária, não tem deficiência auditiva nem deficiência visual, nenhum tipo de deficiência. a gente depende muito da demanda, e não pode bloquear a demanda, o tempo para busca ativa e o tempo para gestão desses pacientes são muito reduzidos.

Essa restrição na APS, pode explicar uma fala onde se percebe uma idealização de atuação profissional neste nível de atenção, que não encontraria justificativas no perfil de alocação e processo de trabalho hoje previsto nas políticas voltadas à atenção básica. Entretanto, pode-se perceber que há espaço para serem pensadas propostas de maior interação entre diferentes perfis de profissionais.

E5: [...] falando especificamente de uma política para a parte auditiva, você tem que ampliar a equipe, de repente para oito agentes comunitários. De repente, você não precisa ter 3 mil pessoas, mas 2 mil pessoas por equipe. A partir daí você pode pensar até numa questão de capacitação dentro do processo de educação permanente. A saúde mental, por exemplo, tem um sistema que faz o matriciamento, que talvez seja um método que funcione. Talvez um fonoaudiólogo ou otorrinolaringologista que tenha um viés na atenção primária possam fazer o matriciamento em um território específico, se for justificado epidemiologicamente.

Como todo conhecimento, este encontra-se em constante mudança em um processo contínuo de expansão. Agrupamos a seguir os anseios dos participantes pelo desenvolvimento profissional e da equipe da ESF, o que implica relacionar estes fatos a investimentos em Educação Permanente, para melhoria da rede de atenção.

E11: O paciente, às vezes, sofre por ter adquirido a surdez ou perda auditiva, por não conseguir se comunicar, e a gente faz apenas o suporte psicológico para ele, mas o que a gente poderia fazer para melhorar a qualidade de vida desse paciente? Eu não sei se existe um curso específico para os profissionais. Eu acredito que naquele instituto de Laranjeiras possa ter, mas eu não sei se isso é divulgado, se também é de fácil acesso para eles [...]

E9: [...] chamar a atenção para isso, porque eu acho que a graduação é muito pouco [...] Quando se fala de otorrino, se fala de doenças [...] Desde que estou na atuação primária, eu nunca tive nada [...] eu tive capacitação de tudo o que você pode imaginar e eu não acredito que a capacitação seja transformadora, mas ela chama a atenção para alguns aspectos, e se você insiste nele, eu acho que você consegue [...]

E7: Em três anos, eu nunca fiz nenhuma capacitação em relação à assistência a esse público, entendeu? Eu nunca passei por nenhum tratamento em relação [...] nem mesmo o mais simples.

E2: É sempre muito complicado [...] para mim, pelo menos, assim, mas [...] acho que a abordagem mais centrada possível na pessoa, então você tem uma dificuldade auditiva, teria que ser uma capacitação para poder se comunicar verbal ou não verbalmente com esse indivíduo.

E2: Eu acho que tem que ter capacitação. Nunca me [...] ofereceram nenhuma capacitação, sei lá, de Libras. Nunca. Então, acho, assim, que tem que ser pelo menos abordado, tem que ser falado lá para depois você poder continuar seu [trabalho].

E1: Que é a questão de [...] realmente de uma educação continuada, né? De estar sempre relembrando e sabendo, mais ou menos, quando

[...] onde ficar atento, a faixa etária, as condições que facilitam, o desenvolvimento dessa condição.

As alterações do sistema auditivo, mesmo sendo frequentes, devem ser lembradas e reforçada a sua importância. Na APS, a qualificação e o melhoramento da eficiência devem ser promovidos como opção para utilizarem-se protocolos e manter a educação continuada (SERRA; RODRIGUES, 2010).

5.2.6 Consequências da surdez no processo saúde-doença

Nesta categoria foram agrupados os conteúdos expressos nas entrevistas, sobre as consequências da alteração auditiva na saúde e na vida da população assegurada pela unidade.

5.2.6.1 Aprendizagem e Socialização

A sociedade, como um organismo, é formada por partículas, e a interação dos indivíduos faz com que estes se mantenham saudáveis e ativos socialmente. Existem regras e costumes sociais, e um deles é a transmissão de ideias e desejos, quase que exclusivamente, pela língua falada. Ao solicitar um olhar sobre o grupo de pessoas que não utiliza ou tem grande dificuldade com o sentido da audição, obtivemos manifestações da influência na aquisição de novos conhecimentos, principalmente na criança e na interação dos indivíduos.

E13: Sociais, pela aprendizagem, que é muito mais difícil quando você está lidando com criança. Eu tenho um outro paciente surdo aqui na clínica. Então, você percebe uma dificuldade muito maior de aprendizado, para aprendizagem, socialização. As crianças, muitas vezes, não têm paciência com a outra criança por causa disso.

E5: [...] a questão de como ele está no ambiente, como que ele se desenvolve no ambiente em que mora, no ambiente de aprendizado da escola, no convívio social, como consegue se desenvolver dentro daquele ambiente e o que pode potencializar o desenvolvimento para que ele possa transitar por outros espaços.

A audição é o principal mecanismo para a aquisição de informação na criança pequena. Pelo intenso desenvolvimento nos primeiros anos (GRETERS, 2017), justifica a constante avaliação pelo profissional assistente. Essa atitude pode evitar que prejuízos à comunicação e limitações intelectuais se estabeleçam (ANGELI, 2009; BAPTISTA et al., 2015; BOYLE, 2011).

5.2.6.2 Estigmas da Surdez

Este subgrupo da categoria consequências da surdez no processo saúde-doença, mostra a visão do participante de como ocorre a relação do paciente com problemas auditivos com a sociedade e as marcas que podem ser colocadas nesse cidadão por apresentar um desvio da normalidade.

E16: [...] pode rolar algum um tipo de sensação de tristeza, de estigma.

E10: Eu acho que a nossa sociedade não está preparada para nenhum tipo de deficiência. Eu acredito que existam obstáculos em todos os sentidos. Às vezes é preciso até mesmo contar com uma certa boa vontade e lidar com a falta de preparo, porque é até mesmo incômodo falar sobre a necessidade de suporte em todos os lugares, algo que deveria estar incluído.

E10: [...] eu acho que nessa questão da prevenção e promoção nós deixamos a desejar. Se você parar para pensar, tem um impacto muito grande. Eu acho que não temos um olhar tão sensível para os impactos que isso proporciona.

Observamos, por parte dos entrevistados, uma fala com aspectos negativos sobre o tipo de assistência que estamos dando ao paciente com deficiência auditiva, uma assistência pouco inclusiva, sem equidade, que poderá acarretar consequências negativas na vida das pessoas com este perfil de deficiência. Segundo Neves (2016), o início da jornada de inclusão, humanização e melhora da acessibilidade ao SUS para o paciente com perda auditiva só ocorrerá com a efetiva utilização da Libras pelo profissional ou com a presença do intérprete.

E2: Reabilitação no sentido de inserir a pessoa na sociedade, independentemente de deficiência, de você conseguir [...] é mesmo questão de inclusão. Para mim, é. reabilitar. Não que necessariamente [...] não quero necessariamente falar que vai curar a pessoa no sentido, “tipo, você vai escutar tudo agora”, mas no sentido de adaptar, readaptar essa pessoa, seja com uso de órtese ou com outros meios.

E10: [...] como tem a questão do impacto da funcionalidade, a gente tenta desconstruir essa questão da deficiência (perda auditiva) como sendo um estigma ou um obstáculo, direcionando para a questão de inclusão e adaptação, tentando trabalhar o ambiente familiar. A gente tem um serviço de reabilitação para onde geralmente nós encaminhamos; então nós tentamos desconstruir o estigma sobre a surdez.

E10: A gente sabe que vive em uma sociedade, em um país que não foi feito para quem tem algum tipo de deficiência.

Nestas transcrições, vemos uma fala dos profissionais sobre a necessidade de incluir o deficiente auditivo na sociedade. Utilizando os recursos da reabilitação auditiva para adaptar o cidadão com surdez ao convívio com uma cultura social de falantes.

5.2.6.3 Relação com a Família e o Trabalho

O círculo social mais próximo do indivíduo é a família, e esta, de maneira contínua e direta, está sendo sensibilizada pelos seus membros. Alguns relatos nos trouxeram a fala sobre a relação entre a família e a dificuldade auditiva.

E12: [...] não só psicologicamente, porque às vezes as pessoas estão falando e a pessoa não consegue escutar e tem que pedir para falar mais alto, e isso psiquicamente para os pacientes que eu vejo é muito ruim. A família, às vezes, fica de saco cheio, não consegue entender. E no trabalho também, a pessoa perde a autonomia de trabalho, assim. Tem coisas que não consegue escutar. Por exemplo, se for um motorista de ônibus, o paciente pede para parar, às vezes não escuta o sinal, ele vai perder uma autonomia ali.

E9: [...] que na visita domiciliar você perceber a questão do ambiente, a questão da família, quantos têm afetado, tem família que não percebe que o paciente está com perda auditiva e geram-se alguns conflitos, e ter essa avaliação e esse entendimento [...]

O relacionamento do indivíduo com dificuldades auditivas pode sofrer grande tensão gerada pela patologia (MONDELLI; SOUZA, 2012). A família, ao receber o diagnóstico, sente-se menos isolada, e gera maior adesão por parte do usuário quando ocorre um bom acolhimento e explicação do quadro clínico por parte do usuário (SILVA, 2013; ALVARENGA et al., 2011).

A atividade do indivíduo como causadora de lesão auditiva e o uso ou não dos equipamentos de proteção individual no trabalho, também foram incluídas como conteúdo de algumas falas, embora boa parte desses relatos traduzam certa inexperiência com a questão da perda auditiva de origem laboral.

E4: No Brasil, as relações de trabalho não são muito boas. Dentro desse contexto, mesmo existindo legislação, não existe, na prática, um momento de cuidado em relação à saúde do trabalhador. Então vemos muitos trabalhadores sendo expostos a situações que podem provocar danos à saúde como um todo, especificamente na perda auditiva.

E14: [...] o ruído, a falta do uso de equipamentos de EPI, pois embora exista uma regulamentação, a maioria das pessoas não usam, e as empresas não cobram. E não só o ambiente de trabalho, mas o nosso ambiente urbano tem uma alta taxa de decibéis.

E8: [...] deve ser barulho. [...] acredito que seja barulho e paciente que não trabalha com protetor individual.

E12: Ruído externo, geralmente. Por exemplo, quem trabalha com britadeira, essas coisas. Acho que, em geral, isso, tipo, PAF perto.

E6: Não sei, nunca abordei um paciente que venha com essa surdez ocupacional. Ocupacionais. Não sei, mas a gente aqui não tem esse problema. Mas se trabalhasse numa fábrica ou alguma coisa que emite muitos sons, poderia sim.

E7: [...] na saúde ocupacional, em relação ao trabalho, alguns traumas, tanto sonoros quanto de lesão mesmo [...] quando disponibiliza, não fazem capacitação para o profissional entender que aquilo é importante.

E4: Eu nunca peguei um caso especificamente, mas, eu acredito que, na nossa população, tem muita gente que trabalha em funções mais, como posso dizer, que não exigem especialização e que, muitas vezes, são precárias para o trabalhador. Muita gente trabalha sem o uso de equipamentos de proteção e, muito menos, equipamento de proteção auditiva.

Alguns participantes médicos correlacionaram a energia sonora à perda neurossensorial permanente, associadas à falta de utilização dos equipamentos de proteção individual.

E11: [...] vemos muitos casos de surdez ligados à questão trabalhista, justamente porque a população ainda não tem a consciência de usar os protetores auriculares. [...] em relação aos trabalhadores, o que se

nota é um descaso em relação aos protetores, e vemos muitos trabalhadores perdendo audição por conta do trabalho.

E11: [...] em relação ao trabalho, acredito que seja o não uso do protetor, trabalhos em ambientes com muito ruído, com muito barulho. Normalmente as pessoas não os utilizam por ignorância, por achar que incomodam, porque não querem usar, não necessariamente porque a empresa não os fornece. Existe uma ignorância por parte da população.

E9: [...] seria a exposição ao barulho, ao ruído sem ter um EPI [...] A gente sabe que algumas empresas não fornecem ou, se fornecem, alguns não usam porque incomoda, enfim, acho que a grande questão é essa, né? Você não ter a proteção individual, e o paciente não ter o entendimento de que isso é importante, ao achar que não vai ter a perda auditiva, achar que a perda auditiva não é importante.

E10: [...] eu acho que das pessoas atendidas aqui na unidade que tem mais potencial são as que não usam EPI. Em alguns casos, porque esse equipamento não é efetivamente fornecido, e outras vezes por opção. E essa opção eu acredito que seja por desconhecimento, uma ignorância no sentido do que aquilo pode evitar [...] por não ver o impacto imediato daquilo na sua vida.

Nos quadros de origem ocupacional, alterações no sono, tremores, modificações na percepção de cores além de distúrbios gastrointestinais e cardiovasculares podem estar presentes (COSTA et al., 2006) e não serem correlacionados a quadro com perda auditiva também.

Assim como referido por Pedroso (2016), o profissional não notifica as suspeitas de perda auditiva pelo trabalho e tem dificuldade de conceber a saúde do trabalhador como parte integrante do serviço, o que podemos levantar para discussão ao voltarmos para o resultado de pergunta no instrumento de autopreenchimento, onde foi possível identificar uma pequena experiência com notificações de perda auditiva desta natureza.

6 DISCUSSÃO

Ao voltarmos aos objetivos propostos, vemos que foi possível atingir todos de maneira a ampliar o conhecimento sobre a atenção à saúde auditiva na atenção primária em uma unidade do Rio de Janeiro, a partir deste estudo de caso

Os seres humanos são animais sociais. Os motivos que o levam ao confinamento e à privação de ambientes sociais provocam um desequilíbrio orgânico, como mencionado por alguns participantes entrevistados no estudo e na literatura (ANDRADE, 2002). A unidade pesquisada tem perfil de organização no modelo da ESF, em que existe a presença do ACS. Não observamos um relato sobre a participação do ACS na ampliação da detecção da perda auditiva, nem nos casos da criança que não fez ou que falhou na triagem auditiva. Parece que há limitada possibilidade do ACS para ampliar o alcance do olhar da atenção primária, neste caso das perdas auditivas, contrariando algumas referências da literatura.

Destacamos uma referência sobre agenda oculta e perda auditiva, porque através desse relato, observamos o interesse em identificar o que não foi exposto pelo paciente, o problema que não estava contido na primeira queixa. Esse trecho reforça a importância de estimular o rastreio por parte do profissional em todos os ciclos da vida, independente da queixa existir ou não. A identificação no princípio facilita a adaptação ao aparelho auditivo e minimiza as alterações sociais e educacionais impostas pela dificuldade auditiva.

A triagem auditiva está diretamente ligada ao objetivo de busca e detecção, tendo em vista um olhar voltado para a saúde pública. Todos os profissionais entendem e relatam a importância da triagem auditiva neonatal, mas vemos algumas variações do momento em que se deve realizar os exames e, principalmente, sobre as condutas quando ocorre alguma falha na TAN. Embora pareça que a questão da TAN seja bem conhecida pelos membros da equipe de ESF entrevistados, houve três entrevistados que demonstraram desconhecimento completo ou erro grave quanto ao momento indicado da realização da triagem, o que coloca em risco a efetividade desta diretriz clínica. A falta de padronização piora a eficiência do rastreamento e leva a uma idade mais tardia para o início do tratamento (BRASIL, 2015).

As falas relacionadas à pesquisa da audição em outras faixas etárias, por sua fragilidade, entram em conflito com a literatura e recomendações de protocolos do próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a; MORAES, 2012), que indicam o rastreio como devendo ser constante e regular. Um constante reforço poderia levar a valorização pelo profissional da implicação da perda auditiva para a saúde do indivíduo e estimulá-lo a manter uma constante busca, evitando a chegada somente de pacientes com grandes perdas auditivas.

Referente ao idoso, em especial, vemos uma insuficiência por parte dos coordenadores do cuidado no momento em que relacionamos a grande prevalência de perda auditiva, com as possíveis consequências emocionais, sociais e ocupacionais nessa faixa etária, que podem ser causadas por alteração auditiva e de comunicação (MONDELLI; SOUZA, 2012). A avaliação anual através do Teste do Sussurro durante a consulta dispense pouco tempo e garante a manutenção da vida plena. (MORAES, 2012; LABANCA, 2017).

A comunicação é um atributo essencial para o profissional de saúde e tem o papel de trocar informação de forma clara e eficiente (SOUZA, 2017), mas neste estudo, foi possível identificar que os profissionais reconhecem suas próprias limitações para garantir esta transmissão de informação a partir de suas habilidades pessoais. A utilização da Libras foi colocada como essencial por todos, ao mesmo tempo que foi geral o relato dos profissionais não serem capacitados para utilizá-la. Ainda existe uma negligência do Estado para com o uso da linguagem de sinais em serviços públicos e da presença do intérprete na unidade. As unidades, em seu ambiente físico, também não estão preparadas para acolherem com qualidade os indivíduos com deficiências, como relatado por Starfield (2002), limitando a acessibilidade.

A melhor utilização de ações intersetoriais poderia ampliar e otimizar intervenções com a população, facilitando, assim, a ação dos enfermeiros e médicos da APS

O conceito de perda auditiva e surdez é apresentado de maneiras diferentes, porém corretas por todos os entrevistados. Isso é importante, pois vemos na literatura algumas divergências nas definições (BRASIL, 2005, 2010, 2012). Os relatos mostraram uma subvalorização da prevalência da perda auditiva na população (BRASIL, 2000, 2009, 2015; RESENDE, 2013), o que pode se relacionar com a

importância no questionamento ativo sobre esse assunto na consulta de saúde. A população local pode ter uma idade média inferior à população geral, podendo, desta maneira, influir na observação cotidiana do profissional de casos com surdez.

Com relação à observação de como os profissionais fazem o diagnóstico, ficou marcada uma grande utilização do especialista otorrinolaringologista e baseada na patologia, ao mesmo tempo que constatamos uma valorização importante do vínculo do cidadão com o profissional e a unidade, visando o seu papel de porta de entrada reguladora do sistema de saúde.

A interpretação da audiometria e da necessidade de protetização poderia ser mais bem explorada pelos médicos da APS, deixando para os especialistas casos de falha no uso do aparelho. O diagnóstico de perda auditiva pode e deve ser feito pelo médico de família com utilização do otorrinolaringologista para a confirmação de simulação. O profissional da atenção primária deve valorizar as queixas de perda auto relatadas (FERRITE; SANTANA; MARSHALL, 2011), utilizar alterações comportamentais (BRASIL, 2017) e o teste do sussurro (LABANCA et al., 2017) para a investigação do sistema auditivo pela boa acurácia e reprodutibilidade. A utilização de instrumentais como diapásão para queixas auditivas deve ser avaliada em pesquisas futuras.

Os participantes restringiram-se à utilização de prótese e lavagem para a remoção de cerume como tratamento de queixas auditivas. Ocorre um vazio em relação às possibilidades terapêuticas disponíveis no sistema público de saúde. Tratamentos cirúrgicos e ambulatoriais que melhoram ou eliminam a dificuldade auditiva do indivíduo não foram mencionados pelos profissionais.

Ao falarem sobre as lesões induzidas por trabalho, houve grande ênfase ao se referirem à necessidade de utilização de equipamento de proteção individual. Os participantes inferem a falta de conhecimento sobre o caráter progressivo e irreversível da perda como um dos principais motivos para a negligência no uso do EPI. Houve, no grupo de entrevistados, uma dificuldade de considerar a atenção primária como órgão de vigilância e eles próprios como atores dessa ação, conforme relatado por Pedrosa (2016). A baixa taxa de notificação de perda auditiva induzida por trabalho e o desconhecimento da sua obrigatoriedade corroboram com a afirmação anterior.

A sociedade é baseada na linguagem oral e tem grande dificuldade de apropriar-se dos meios para lidar com a pessoa com deficiência, mesmo com a sua obrigatoriedade. Alguns profissionais relatam a dificuldade de entendimento desse grupo de cidadãos e manifestaram o medo da falha na comunicação.

A dificuldade de comunicação dos deficientes auditivos na clínica também ocorre no transporte público e em outros locais de convivência. Por esta razão, alguns autores apresentam proposta de que as ações para pessoas com deficiência auditiva estejam integradas em um mesmo ambiente, assim melhorando a conexão entre os diversos níveis de atenção, o uso dos recursos disponíveis, a resolubilidade e dando melhor qualidade de vida ao usuário (SILVA et al., 2015). O tipo de profissional entrevistado tem relação com a função de coordenar o cuidado, mas os relatos nas respostas das entrevistas expõem a sensação dos profissionais permanecerem como expectadores e dependentes de informações provenientes do usuário para programar o cuidado, sendo muito restrita a interlocução formal entre os diferentes níveis de atenção.

A dificuldade auditiva gera em todos os integrantes desse ciclo social íntimo uma grande inquietação (MONDELLI; SOUZA, 2012), e isso deve ser valorizado e explorado ao longo do acompanhamento na APS. O profissional que se disponibiliza a acolher os familiares, explicar as limitações e as implicações da perda auditiva para o paciente tem uma melhor adesão por parte deste, e a família, simultaneamente, sente-se menos isolada e incluída no processo de inserção social e tratamento (SILVA, 2013; ALVARENGA et al., 2011).

No processo de trabalho vemos a colocação de alguns participantes sobre o volume de trabalho, prejudicando e limitando a assistência ao usuário, em especial os deficientes, por demandarem maior cuidado e tempo para consulta. Relatam que uma demanda excessiva e um fraco filtro da necessidade de atenção por parte dos coordenadores de cuidado limitam um maior dispêndio de tempo com esse grupo. A utilização dos recursos disponíveis de profissionais do NASF, de forma a otimizar a atenção do enfermeiro e do médico, foi valorizada. A Estratégia de Saúde da Família apresenta uma estrutura assistencial mais plástica, podendo, através de atividade em grupo, saúde na escola e aproximação com atores sociais, abarcar um maior número de indivíduos e disseminar o cuidado com a saúde auditiva.

No Rio de Janeiro houve um grande aumento da cobertura da APS, mais recentemente, não acompanhado pela expansão de oferta de atenção secundária, no SUS. A limitação observada na utilização do recurso humano do especialista poderia ser minimizada se o coordenador do cuidado utilizasse os recursos disponíveis — otoscopia, uso de diapasão, observação clínica de alterações emocionais sugestivas, Teste do Sussurro, uso de questionários validados e audiometria — antes do encaminhamento. Para Serra e Rodrigues (2010), essa descoordenação e falta de planejamento na assistência dificulta atingir a atenção integral tão necessária aos pacientes.

O sistema de saúde atual apresenta-se fragmentado entre os níveis de atenção e entre as próprias unidades no mesmo nível. A conexão entre eles é feita através de contra referência informal, transmitida pelo próprio usuário. Os entrevistados marcaram a dificuldade de receberem a contra referência dos níveis secundário, terciário e quaternário e, com isso, ficando suprimidos de informações essenciais para o cuidado continuado da pessoa com suspeita ou diagnóstico de perda auditiva.

A finalização deste estudo de caso, permitiu identificar, dentro de certos limites, conhecimentos e práticas relacionados à perda auditiva e surdez de profissionais, de médicos e enfermeiros das equipes da ESF de uma unidade da APS do município do Rio de Janeiro. Os limites para a utilização dos resultados do estudo dizem respeito à impossibilidade de generalização, isto é, da validade externa, porque foi realizado num campo restrito e com amostra intencional, prevista a partir da disponibilidade de tempo para o levantamento dos dados. Os participantes foram profissionais presentes na unidade nos dias de coleta de dados e que concordaram em participar. Este perfil de adesão caracteriza uma tendenciosidade que deve ser considerada, mesmo em estudos qualitativos.

Assim, não podemos comemorar os resultados positivos sobre conhecimentos e práticas, mas é possível relativizar que, sendo este grupo atuante em unidade com programas de formação profissional para a SF, suas dificuldades, fragilidades e incertezas podem ser ainda mais importantes em outras unidades e na APS como com todo, no Rio de Janeiro.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas entrevistas com profissionais da ESF, enfermeiros e médicos da CF Sérgio Vieira de Mello, tendo em vista o momento político conturbado, foi uma boa surpresa percebê-los extremamente receptivos e apaixonados pelo cuidado da população assistida. O fato de ser uma unidade com programas de Residência Médica e de Enfermagem pode justificar este envolvimento dos profissionais, mesmo em contexto desfavorável.

A comunicação mostrou-se um entrave ao cuidado do paciente com perda auditiva. Os participantes externaram com destaque a falta que o uso da Libras faz ao entendimento por parte do usuário, sugerindo a necessidade de aprendizado pelos profissionais da saúde.

Os fluxos para o cuidado no encaminhamento para o especialista ou para a reabilitação auditiva pareceram de difícil compreensão, com baixa divulgação e demorados. A contra referência essencial para a coordenação da atenção, praticamente não ocorre, dificultando a atuação do médico e do enfermeiro, que têm a responsabilidade de coordenar o cuidado na clínica. A integralidade da assistência fica abalada e o tratamento torna-se segmentado a diversas unidades isoladas, prejudicando a longitudinalidade.

Os conceitos para um bom diagnóstico estão presentes e corretos, mas a utilização deles para o tratamento e conduta poderiam ser otimizados. A utilização de métodos diagnósticos é subutilizada pelo desconhecimento ou desconforto para a interpretação do método. Protocolos e condutas únicos não são visualizados, ocorrendo diversas maneiras de conduzir cada caso.

As propostas de Educação Permanente frente às fragilidades reconhecidas, foram vistas como insuficientes, trazendo inequidades para a clientela e prejuízos para o pleno viver de pessoas com perda auditiva. Os profissionais mostraram-se inseguros com o acompanhamento da perda auditiva, existindo uma necessidade de prescrição da prótese pelo especialista, desestimulando o profissional da atenção básica e dificultando o acesso à reabilitação. O especialista ainda deve fazer a confirmação da indicação da prótese em outro nível de atenção, quando poderia ser acionado somente em casos de não adaptação ou dificuldade de adaptação, se a audiometria

e indicação de prótese auditiva pudessem ser ampliadas, como competência do médico da APS.

Há excessiva carga de trabalho, segundo alguns entrevistados, impossibilitando de centrar a consulta no indivíduo, mantendo a assistência voltada para a doença e queixa principal.

A triagem auditiva neonatal encontra-se consolidada entre os participantes, e sua importância é inegável, porém o rastreamento de perda auditiva em outras faixas etárias mostrou-se insuficiente, nos relatos e conhecimento dos entrevistados.

Nenhum participante mostrou realizar rotineiramente a busca da perda auditiva em outras faixas etárias se não ocorrer demanda do próprio usuário. A observação atenta dos sinais inespecíficos no escolar e adulto jovem, assim como a realização do Teste do Sussurro nos idosos podem abrir um quantitativo de pessoas necessitadas ainda inexplorado pelos profissionais de saúde.

Após análise dos dados, verificou-se a pouca ênfase dada sobre o Programa Saúde na Escola, momento de extrema importância pelo acometimento de patologias auditivas e observação, a partir de um grande elo intersetorial, com possibilidades de repercussões positivas na saúde de crianças e de adolescentes.

Na minha visão de especialista, estando aqui como pesquisador do presente estudo, somada à experiência de ter trabalhado numa UBS como médico de equipe da ESF, por um período de 12 meses, concluiria a favor de uma maior valorização do potencial de resolutividade e do coordenador do cuidado na APS. A grande utilização do especialista por profissionais em uma unidade com presumível alto padrão de resolubilidade, nos faz pensar que em outras unidades, o número de encaminhamentos desnecessários possa ser ainda maior.

A divulgação dos resultados dessa pesquisa, para a unidade onde foi realizada e para a SMS, do mesmo modo que a busca por outros estudos subsequentes, poderão ampliar a discussão sobre rastreamento, detecção, acompanhamento e cuidado integral nas perdas auditivas, favorecendo a saúde da população.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, K. F. et al. Participação das famílias em Programas de Saúde Auditiva: um estudo descritivo. *Rev. soc. bras. Fonoaudiol*, São Paulo, v. 16, n. 1, jan./mar. 2011.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciênc Saúde Colet*, v. 7, n. 4, p. 925–34, 2002.
- ANGELI, R. D. Hearing loss and Piaget: an epistemological perspective. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v. 53, n. 4, p. 417–419, out./dez. 2009.
- ANGRISANI, R. M. G. et al. PEATE automático em recém-nascidos de risco: Estudo de sensibilidade e especificidade. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 14, n. 2, mar./abr. 2012.
- ARANTES, E. F. Panorama Atual da Triagem Auditiva Neonatal no Município de Macaé — RJ. 2018. 93 f. Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2018.
- BAPTISTA, M. G. G. et al. Epidemiologia dos distúrbios de comunicação na infância em clínica foniátrica, São Paulo, *Braz J Otorhinolaryngol*, v. 81, n. 4, p. 368–373, 2015.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BEVILACQUA, M. C. et al. Survey of hearing disorders in an urban population in Rondonia, Northern Brazil. *Rev Saúde Pública*, v. 47, n. 2, p. 309–315, 2013.
- BOHER, M. S. A. Triagem Auditiva Neonatal, Sociedade Brasileira de Pediatria, http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/triagemauditivaneonatal.pdf Acessado 30 de março 2019
- BOYLE, J. Speech and language delays in preschool children, *BMJ*, v. 343, 2011.
- BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o Apoio às Pessoas Portadoras de Deficiência, sua Integração Social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos e difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1989.
- BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1990.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho. Portaria n. 19 de abril de 1998. Brasília: MTE, 1998.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1999.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2000.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 587, de 07 de outubro de 2004. Dispõe sobre a organização e a implantação das redes estaduais de atenção à saúde auditiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 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 das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2004b.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei no 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei no 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Brasília: Casa Civil, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. A pessoa com deficiência e o sistema único de saúde. 2. ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde — SUS. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília: Casa Civil, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Microdados do Censo Escolar 2009. Brasília: MEC/INEP, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde do homem (Princípios e diretrizes). 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009e.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 12.319 de 1 de setembro de 2010. Regulamenta a profissão de Tradutor e Intérprete da Língua Brasileira de Sinais — LIBRAS. Brasília: Casa Civil, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 12.303/2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade da realização do exame denominado Otoemissões Acústicas Evocadas. Diário Oficial da União, 3 ago. 2010c. p. 1.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência — Plano Viver sem Limite. Brasília: Casa Civil, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1328, de 3 de dezembro de 2012. Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal no Âmbito do Sistema Único da Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes da atenção à saúde auditiva neonatal. Brasília/DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. 1. ed. Brasília/DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.248, de 24 de junho de 2013. Institui a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional de Saúde 2013, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE, 2014.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: Casa Civil, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Protocolo de enfermagem na atenção primária. Fascículo Enfermagem no Cuidado dos Ciclos de Vida no Contexto da Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, 2017b.

CALDAS, N. S. et al. Tratado de otorrinolaringologia. 2. ed. Volume II: otologia e otoneurologia. São Paulo: Roca, 2011.

CASTRO, T. T. O.; ZUCKI, F. Capacitação do Agente Comunitário de Saúde na Saúde Auditiva Infantil: Perspectivas Atuais. *CoDAS*, v. 27, n. 6, p. 616–622, 2015.

CHISOLM, T. H. et al. A Systematic Review of Health-Related Quality of Life and Hearing Aids: Final Report of the American Academy of Audiology Task Force on the Health-Related Quality of Life Benefits of Amplification in Adults, *J Am Acad Audiol*, v. 18, n. 2, p. 151–183, 2007.

COSTA, S. S.; CRUZ, O. L. M.; OLIVEIRA, J. A. A. Otorrinolaringologia: Princípios e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 11, p. 342–355.

DUARTE, S. B. R. et al. Aspectos históricos e socioculturais da população surda. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1713–1734, out./dez. 2013.

FERRITE, S.; SANTANA, V. S.; MARSHALL, S. W. Validity of self-reported hearing loss in adults: performance of three single questions, *Rev Saúde Pública*, v. 45, n. 5, p. 824–830, 2011.

GHIRINGHELLI, R.; IORIO, M. C. M. Hearing aids and recovery times: a study according to cognitive status, *São Paulo, Braz J Otorhinolaryngol*, v. 79, n. 2, p. 177–184, 2013.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOOGLE MAPS. Mapa da Clínica da Família Sérgio Vieira de Mello. Disponível em: <https://goo.gl/h4cRmA>. Acesso em: 17 fev. 2019.

GRASEL, S. S. et al. Avaliação da perda auditiva na Infância. IX Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO. Interamerican Association of Pediatric Otorhinolaryngology, p. 247–266, 2011. Disponível em: <http://www.iapo.org.br/novo/secao.asp?s=83>. Acesso em: 4 mar. 2018.

GRETERS, M. E. et al. Hearing performance as a predictor of postural recovery in cochlear implant users, *São Paulo, Braz J Otorhinolaryngol*, v. 83 n. 16, p. 16–22, 2017.

GRIZ, S. M. S., et al. Indicadores de Risco para Perda Auditiva em Neonatos e Lactentes Atendidos em um Programa de Triagem Auditiva Neonatal, *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 281–291, jul. 2010. ISSN 1516–1846.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [Internet]. Censo Demográfico 2010. IBGE. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em:

22 fev. 2018.

IWAHASHI, J. H.; JARDIM, I. S.; BENTO, R. F. Results of hearing aids use dispensed by a publicly-funded health service, São Paulo, Braz J Otorhinolaryngol, v. 79, n. 6, p. 681–687, 2013.

KATZ, J. Tratado de audiologia clínica. 4. ed. São Paulo: Manole, 1999. cap. 37, p. 565–566.

KEMP, A. T. et al. Neonatal hearing screening in a low-risk maternity hospital in São Paulo State, São Paulo, Braz J Otorhinolaryngol, v. 81, n. 5, p. 505–513, 2015.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2307–2316, 2010.

LABANCA et al. Triagem auditiva em idosos: avaliação da acurácia e reprodutibilidade do teste do sussurro. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 11, p. 3589–3598, 2017.

LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil, São Paulo, Saúde Soc., v. 20, n. 4, p. 867–874, 2011.

LEE, K. J. Princípios de otorrinolaringologia: cirurgia de cabeça e pescoço. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. cap. 2.

MIZIAR, I. D. et al. Bioethics and medical/legal considerations on cochlear implants in children, São Paulo, Braz J Otorhinolaryngol, v. 78, n. 3, p. 70–79, 2012.

MONDELLI, M. F. C. G.; SOUZA, P. J. S. Quality of life in elderly adults before and after hearing aid fitting, São Paulo, Braz J Otorhinolaryngol, v. 78, n. 3, p. 49–56, 2012.

MORAES, E. N. Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais, 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.

NEVES et al. Atendimento aos surdos nos serviços de saúde: acessibilidade e obstáculos, Infarma — Ciências Farmacêuticas, v. 28, e3, p. 157–165, 2016.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde, Rev. Saúde Pública, v. 34, n. 5, p. 547–559, 2000.

OLIVEIRA, J. S. et al. Fatores de risco e prevalência da deficiência auditiva neonatal em um sistema privado de saúde de Porto Velho, Rondônia, Rev Paul Pediatr, v. 31, n. 3, p. 299–305, 2013.

OTICS. Ver-SUS — Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.otics.org:8080/otics/estacoes-de-observacao/versus/vivencias-1/rio-de-janeiro/subcop/rio-de-janeiro/subcop/rio-de-janeiro-edicao-2015-2/portfolio/daniel-s-da-silva/relatorio-final-versus-2015-2-grupo-ap-2-2/>. Acesso em: 7 nov. 2017.

OTICS. Observatório de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde. FIOCRUZ. Clínica da Família Sérgio Vieira de Mello. Disponível em: <http://www.otics.org.br/estacoes-de-observacao/rio-saude-presente/clinicasdafamilia/clinicas-da-familia-inauguradas/ap-1.0/clinica-da-familia-sergio-vieira-de-mello>. Acesso em: 6 nov. 2017.

PEDROSO, H. C.; GONÇALVES, C. G. O. Percepção e conhecimento dos profissionais da saúde da atenção primária sobre notificação da perda auditiva induzida pelo ruído em Curitiba — Paraná, *CoDAS*, v. 28, n. 5, p. 575–582, 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RESENDE, A. A. C.; LACERDA, C. B. F. Mapeamento de alunos surdos Matriculados na rede de ensino pública de um Município de Médio porte do estado de São Paulo: dissonâncias, *Rev. Bras. Ed. Esp.*, Marília, v. 19, n. 3, p. 411–424, jul./set. 2013.

RICHARDSON, K. J. Deaf culture: Competencies and best practices. *The Nurse Practitioner*, v. 39, n. 5, 2014.

SANTOS, A. S. Comunicação na Atenção Básica à Saúde: percepções do sujeito surdo. 2017. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família), Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2017.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil), *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 3, p. 3579–3586, 2010.

SEVERINO, A. J. Metodologia do Trabalho Científico. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007. cap. 3.

SILVA, D. P. C. et al. A importância do reteste da triagem auditiva como indicador da real alteração auditiva precoce, *São Paulo, Braz J Otorhinolaryngol*, v. 81, n. 4, p. 363–367, 2015.

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades, Brasília, *Rev Bras Enferm*, v. 63, n. 5, p. 762–769, set./out. 2010.

SILVA, L. S. G.; GONÇALVES, C. G. O. Processo de diagnóstico da surdez em crianças na percepção de familiares e gestores, São Paulo, *Audiol., Commun. Res.*, v. 18, n. 4, p. 293–302, 2013.

SMSDC. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: SMSDC, 2016.

SOUSA, E. M.; ALMEIDA, M. A. T. P. Atendimento ao surdo na atenção básica: perspectiva da equipe multidisciplinar, *Id on Line Rev. Psic.*, v.10, n. 33, jan. 2017.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. cap. 13, p. 482.

TANIA SIH et al. XIII Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO. São Paulo, 2015.

WALLHAGEN, et al. Impact of Self-Assessed Hearing Loss on a Spouse: A Longitudinal Analysis of Couples. *The Journals of Gerontology. The Gerontological Society of America*, v. 59B, n. 3, p. 190–196, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION — WHO [Internet]. Deafness and hearing loss, 9 fev. 2017. Disponível em: http://www.who.int/pbd/pdh/pdh_home.htm. Acesso em: 18 fev. 2018

APÊNDICE A — ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Considerando os usuários da Clínica da Família, o que você acha que é importante ou destacaria em relação à saúde auditiva?
- 2) E sobre os cuidados da pessoa com perda auditiva, tem algum tipo de abordagem que você considere importante complementar?
- 3) Você conhece quais as diferenças que existem entre os conceitos de perda auditiva e surdez?
- 4) Você saberia dizer se essas diferenças resultam ou trazem alguma implicação prática para a vida das pessoas?
- 5) Em relação à saúde ocupacional, quais são os fatores ou elementos que podem estar relacionados à perda auditiva?
- 6) Em relação à triagem auditiva neonatal, sabe o fluxo e o que deve ser feito quando ocorre falha em alguma etapa do teste?
- 7) Em que fases da vida das pessoas é importante fazer um rastreamento de perda auditiva/surdez?
- 8) Que profissionais poderiam realizar rastreamento da perda auditiva/surdez na APS/Nasf?
- 9) No município do Rio de Janeiro, que tipos de exames ou serviços estão disponíveis na rede pública para o diagnóstico das alterações auditivas?
- 10) Que tipos de tratamento para perda auditiva/surdez estão disponíveis na rede pública de saúde do Rio?
- 11) Você já teve/tem algum paciente que acompanha fazendo tratamento para perda auditiva/surdez? Qual a conduta com ele? Qual sua preocupação com esse paciente?
- 12) Que tipos de dificuldades para fazer o rastreamento, identificação e tratamento de perda auditiva/surdez você já encontrou ou ainda encontra na APS?
- 13) Existem limitações para o acompanhamento da pessoa com perda auditiva/surdez na CF Sérgio Vieira de Mello?
- 14) Você gostaria de dar alguma sugestão para a melhoria do cuidado de pessoas com perda auditiva/surdez na APS no Rio?

APÊNDICE B — QUESTIONÁRIO AUTOPREENCHIDO

Este questionário enquadra-se em uma investigação no âmbito de uma dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família, realizado na Universidade Estácio de Sá.

O questionário é anônimo, não devendo, por isso, colocar sua identificação em nenhuma das folhas nem assinar. Todas as respostas a esta pesquisa são confidenciais e serão tratadas de forma agregada, de maneira que nenhuma resposta individual possa ser identificada. Todos os trabalhos e publicações gerados a partir desta pesquisa terão finalidade exclusivamente acadêmica.

Não existem respostas certas ou erradas, por isso lhe solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. O conjunto de perguntas não constitui um teste, e é natural as pessoas não terem respostas a todos os itens.

Obrigado pela sua colaboração. Ressalto, antecipadamente, o quanto a sua opinião e experiência são importantes para este trabalho e para o contínuo desenvolvimento do conhecimento em saúde.

O tempo de preenchimento é de aproximadamente 2 minutos.

15) Qual a sua idade? _____

16) A sua cor ou raça é:

() Amarela () Branca () Parda () Preta

17) Qual o seu sexo?

() Feminino () Masculino () Outros _____

18) Qual atividade você executa na clínica?

Enfermeiro/a () Médico/a ()

19) Qual o seu grau de formação?

() Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado

Qual área? _____

20) Há quanto tempo trabalha na atenção primária?

21) Há quanto tempo já exerce a atividade na CF Sérgio Vieira de Mello?

22) Em algum momento da sua formação, você recebeu algum tipo de capacitação/treinamento sobre perda auditiva e surdez? () Sim () Não

23) Se respondeu Sim, que tipo de treinamento/capacitação? (pode marcar mais de uma)

Graduação

Pós-graduação

Programa de residência

Cursos específicos

Outros especificar : _____

24) Você já fez alguma notificação de perda auditiva induzida por ruído de origem ocupacional? Sim Não

25) O teste da orelhinha deve ser feito em que faixa etária?

26) Existe na unidade busca ativa de casos que não completaram a realização do teste da orelhinha? Sim Não

27) Quais profissionais estão relacionados com o tratamento da perda auditiva/surdez?

APÊNDICE C — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**OBRIGATÓRIO PARA PESQUISAS CIENTÍFICAS EM SERES HUMANOS**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Nome:

Sexo: Masculino () Feminino () Data de Nascimento:/...../.....

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Telefone: (.....).....

E-mail:

Título do Protocolo de Pesquisa: DETECÇÃO E CUIDADOS DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**Subárea de investigação:****Pesquisador responsável:** THIAGO DE ALMEIDA REIS —

Universidade Estácio de Sá

Rua Riachuelo, 27 — Centro, Rio de Janeiro — RJ, 20.230-010

Telefone: (21) 97982-5051

E-mail: thiagoalmeidareis@outlook.com

Avaliação do risco da pesquisa:

(X) Risco Mínimo () Risco Médio () Risco Baixo () Risco Maior

Objetivos e justificativa:

Conhecer a identificação e acompanhamento da perda auditiva e surdez pelas equipes de saúde de uma unidade básica de Atenção Primária à Saúde, no município do Rio de Janeiro.

Observar as atuais práticas e conhecimentos dos profissionais da equipe de Atenção Primária à Saúde sobre perda auditiva e surdez. Descrever os processos e fluxos relacionados à detecção de pessoas com perda auditiva e surdez em uma unidade de atenção primária na infância e na velhice. Analisar as rotinas de acompanhamento de pessoas com perda auditiva numa unidade de atenção primária na infância e na velhice, em comparação com normas e rotinas predefinidas.

A deficiência auditiva é uma entidade prevalente e que tende a aumentar na sociedade moderna da infância à velhice. Os aspectos que envolvem a audição ainda são pouco abordados, colocando o enfoque na atenção primária e tendo em vista que esta é a principal porta de entrada para o sistema de saúde e o nível de atenção em que ocorre o acompanhamento do cidadão. A Atenção Primária à Saúde no modelo de Estratégia Saúde da Família pode não somente fazer cumprir diretrizes e leis, mas garantir um desenvolvimento adequado e garantir uma vida plena para os todos que busquem apoio no SUS.

Procedimentos: Riscos e inconveniências:

Há possibilidade de constrangimento, desconforto, estresse e cansaço ao responder o questionário, sendo-lhes também garantido o sigilo das informações fornecidas e assistência psicológica, se necessária, caso o respondente se sinta demasiadamente mexido com as questões respondidas.

Potenciais benefícios:

Os benefícios esperados com o desenvolvimento do presente estudo visam contribuir na construção do conhecimento científico na área da atenção primária com enfoque na saúde auditiva da população coberta. O conhecimento gerado pode trazer uma maior organização à atenção primária, melhorando as suas condições de trabalho.

Informações adicionais:

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estácio de Sá, em horário comercial, pelo e-mail cep.unesa@estacio.br ou pelo telefone (21) 2206-9726. O CEP-UNESA atende em seus horários de plantão às terças e quintas, das 9h às 17h, na Av. Presidente Vargas, 642, 22º andar.

Para esta pesquisa, não haverá nenhum custo do participante em qualquer fase do estudo. Do mesmo modo, não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Você terá total e plena liberdade para se recusar a participar, bem como retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: **“DETECÇÃO E CUIDADOS DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”**.

Os propósitos desta pesquisa são claros. Da mesma forma, estou ciente dos procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente com a minha participação, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízos.

Este termo será assinado em duas (2) vias de igual teor, uma para o participante da pesquisa, e outra para o responsável pela pesquisa.

Rio de Janeiro, ___ / ___ / _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do responsável da pesquisa