



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE -
UNESC**



**PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSCoI
MESTRADO PROFISSIONAL**

DULCINÉIA FELICIDADE CLARINDA

**ACOLHIMENTO DOS DEFICIENTES AUDITIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA, SANTA CATARINA.**

CRICIÚMA

2021

DULCINÉIA FELICIDADE CLARINDA

**ACOLHIMENTO DOS DEFICIENTES AUDITIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA, SANTA CATARINA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Vanessa Iribarrem
Avena Miranda

Coorientador: Prof. Dr. Jacks Soratto

CRICIÚMA

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

C591a Clarinda, Dulcinéia Felicidade.

Acolhimento dos deficientes auditivos na atenção primária à saúde no município de Criciúma, Santa Catarina / Dulcinéia Felicidade Clarinda. - 2021.

72 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2021.

Orientação: Vanessa Iribarrem Avena Miranda.

Coorientação: Jacks Soratto.

1. Pessoas com deficiência auditiva. 2. Acolhimento. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Promoção da saúde. 5. Surdez. I. Título.

CDD 23. ed. 362.42

DULCINÉIA FELICIDADE CLARINDA

**ACOLHIMENTO DOS DEFICIENTES AUDITIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA, SANTA CATARINA.**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 19 de maio de 2022

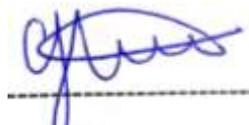
BANCA EXAMINADORA



Profa. Vanessa Iribarrem Avena Miranda
Doutora – Orientadora
Presidente



Profa. Karin Martins Gomes
Doutora – UNESC
Membro externo



Profa. Lisiane Tuon
Doutora – UNESC/PPGSCol
Membro interno

FOLHA INFORMATIVA

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT.

Este trabalho foi realizado no cenário de práticas da Atenção Básica de Saúde do município de Criciúma.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me dar forças, quando eu pensava que as minhas forças haviam se sessado. Sem Deus nada disso seria possível. Gratidão a Deus por me permitir a realizar, mais este sonho.

Minha gratidão, ao meu esposo Júlio César, que sempre esteve ao meu lado, me apoiando e me incentivando, a buscar e realizar os meus sonhos. Eu sou realmente uma pessoa de sorte por ter você ao meu lado.

Dedico aos meus filhos, Rhuan Felicidade Clarinda e Rhyan Felicidade Clarinda, essa conquista também é para vocês. Nunca desistam dos seus sonhos, mesmo que pareçam ser impossíveis.

A minha amiga Cristina Carla Faraco, você desde sempre sendo uma pessoa que me incentiva, a buscar e realizar os meus sonhos, me encorajando e me dando força, acreditando que seria possível, você é especial em minha vida.

A minha amiga Rosangela Weiss, gratidão por estar ao meu lado, em todos os momentos, sendo eles bons e outros nem tanto. Você é incrível.

A minha amiga Priscila Adriana, que sempre esteve me apoiando, incentivando, me ouvindo. Você é maravilhosa, gratidão por tudo.

Aos meus amigos, de perto de longe, que sempre me apoiaram.

A minha orientadora, que esclareceu as minhas dúvidas quando me sentia sem alternativas, sempre estava a me auxiliar, proporcionando-me segurança com seus ensinamentos, gratidão por tudo.

“A inclusão acontece quando se aprende com as diferenças e não com as igualdades”.

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: A deficiência auditiva é uma das condições incapacitantes da comunicação verbal, limitando ou impedindo o indivíduo de ter o seu papel ativo na sociedade, visto que compromete a comunicação e, por sua vez afeta diversas dimensões. No âmbito da saúde, muitos são os desafios e as barreiras existentes na atenção à saúde dos deficientes auditivos (DA), como a dificuldade de comunicação, a falta de profissionais qualificados e a ausência de intérprete de Libras.

Objetivo: Analisar o acolhimento no atendimento à saúde do deficiente auditivo, com perda severa e profunda da audição, na atenção básica de saúde do município de Criciúma.

Metodologia: Estudo de métodos mistos com triangulação concomitante por meio de um estudo descritivo e quantitativo. O estudo foi realizado a partir de um censo de todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Criciúma no ano de 2021. As análises deste estudo incluíram questões referentes as atribuições dos profissionais de saúde.

Resultados: Os resultados apontaram frágeis condições de acolhimento e atendimento humanizado dos sujeitos com DA que procuram as UBS e ESF. Os profissionais relataram sentir-se preparados para realizar o atendimento ao DA e não apresentarem sintomas de ansiedade durante o atendimento a este usuário.

A gestão oferece capacitação aos profissionais a respeito dos atendimentos ao DA. A comunicação nas UBS é de forma verbal, e na maioria das vezes conta com a presença de um familiar durante as consultas para facilitar essa comunicação.

Alguns profissionais afirmaram que o DA não possui o seu atendimento, humanizado, inclusivo e resolutivo, e que os programas de capacitação deixariam os atendimentos mais humanizados. No entanto, uma minoria tem interesse de estarem aperfeiçoando suas práticas e realizando capacitações para melhorar o atendimento ao DA.

Conclusão: Aponta-se inúmeras barreiras e acesso do DA as unidades de saúde. Os profissionais estão despreparados para realizar o atendimento e acolhimento aos DA. Faz-se necessário mais formação e capacitação dos profissionais da saúde voltado para o atendimento inclusivo, humanizado, acolhedor e integral, além da

criação de um Centro de Referência no município de Criciúma para atendimento das pessoas com DA.

Palavras- Deficiente Auditivo; Surdez, Atenção Básica; Promoção da Saúde; Acolhimento.

ABSTRACT

The hearing impairment is one of the debilitating conditions of verbal communication, restricting or preventing the individual of playing his/her active role in society, considering that it compromises communication, and, by its turn, it affects several dimensions. In the realm of health, there are several challenges and the barriers that exist in the attention to the hearing-impaired health, such as the difficulty in communications, the absence of qualified professionals and the absence of the Brazilian Sign Language (also known as “Libras”) interpreter.

Objective: To analyze the receiving in the attendance to the hearing-impaired health, with severe and deep hearing loss, in the basic health attention of the municipality of Criciúma. **Methodology:** Study of mixed methods of concomitant triangulation through a descriptive and qualitative study. The study has been carried out from a census of all Basic Health Units of the Municipality of Criciúma in 2021. The analyses of this study were composed of the health professional of the Basic Health Unit.

Results: The results have pointed out fragile conditions of hosting and humanized service to individuals with hearing impairment who visit the Basic Health Unit and Strategy Family Health services. The professionals reported that they feel prepared to carry out the attendance of the hearing impaired and do not present anxiety symptoms during the attendance to this user. The management offers preparation to the professionals regarding the attendance to the hearing impaired. The communication in the Health Basic Units is verbal, and they request the presence of a family member during the medical appointments, to facilitate the communication. Some professionals affirmed that the hearing impaired does not have his/her attendance humanized, inclusive and resolute, and that the training programs have made the attendance more humanized. However, a minority is interested in enhancing their practices, and doing trainings to improve the attendance to the hearing impaired.

Conclusion: It is pointed out several barriers and access of the hearing impaired to the health units. The professionals are unprepared to carry out the attendance and receiving the hearing impaired. It is necessary more preparation and training of the

health professionals to be inclusive, humanized, welcoming and integral, in addition to a Reference Center in the municipality of Criciúma to the attendance of the hearing-impaired individuals.

Keywords: Hearing Impaired; Deafness; Basic Attention; Health Promotion; Attendance

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Códigos temáticos relacionados ao acolhimento de usuários com deficiência auditiva	40
Figura 2 – Nuvem de palavras sobre as necessidade relacionadas ao acolhimento de usuarios com DA EM Unidades Básicas de Saúde.....	37
Figura 3 – Nuvem de palavras sobre as necessidade relacionadas ao acolhimento de usuarios com deficiência a auditiva em Unidades Básicas de Saúde.....	41

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Grau de perda auditiva.....	19
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica.

CF - Constituição Federal

DA - Deficiente Auditivo

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LIBRAS - Língua Brasileira de Sinais.

MS - Ministério da Saúde.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

PNASA - Política Nacional de Atenção à Saúde auditiva

PNH - Política Nacional de Humanização.

SUS - Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 SURDEZ E DEFICIÊNCIA AUDITIVA	16
2.2 TIPOS DE SURDEZ	18
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA ATENÇÃO A SAÚDE	20
2.3 DESAFIOS DA ATENÇÃO A SAÚDE E OS DEFICIENTES AUDITIVOS	24
2.3.1 Estratégias de atendimento na Atenção Básica	22
2.4 A IMPORTÂNCIA DA LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS	27
2.5 SAÚDE MENTAL DA PESSOA SURDA:.....	25
3 JUSTIFICATIVA	31
4 OBJETIVOS	32
4.1 OBJETIVO GERAL	32
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
5 HIPÓTESES	33
6 MÉTODOS	34
6.1 DESENHO DO ESTUDO	35
6.2 LOCAL DO ESTUDO	35
6.2.1 População Em estudo	36
6.2.2 Critérios de Inclusão	36
6.2.3 Critérios de Exclusão	36
6.3 VARIÁVEIS	36
6.3.1 Dependente (s)	36
6.4 COLETA DE DADOS	37
6.4.1 Procedimentos e logística	37
6.4.2 Instrumento(s) para coleta dos dados	37
6.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	37
6.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	38
6.7 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	38
7 RESULTADOS	39
8 DISCUSSÃO	43

9 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS.....	50
APÊNDICE(S).....	60
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	61
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	63
ANEXO(S).....	69
ANEXO A – CARTA DE ACEITE	70
ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA...72	

1 INTRODUÇÃO

A deficiência auditiva (DA) é uma das condições incapacitantes da comunicação verbal, limitando ou impedindo o indivíduo de ter o seu papel ativo na sociedade, visto que compromete a comunicação e, por sua vez afeta as dimensões social, psíquica e cognitiva, além da aprendizagem (PAGLIUCA, FIÚZA, REBOUÇAS, 2007). No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2019 evidencia que as deficiências auditivas e visuais são as mais prevalentes, onde cerca de 17,3 milhões de pessoas no país possuem tais condições (IBGE, 2020).

Os sujeitos com DA estão expostos a inúmeras iniquidades, dentre elas o acesso aos serviços de saúde, onde apresentam maiores dificuldades em ter suas demandas solucionadas (CONDESSA *et al.*, 2020; THOMAZ *et al.*, 2021). Nesse sentido, as políticas públicas passaram por ampliações e reformulações, objetivando construir uma saúde de fato integral e universal, de acordo com as premissas do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA *et al.*, 2014). Para isto, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2.073, de 28 de setembro de 2004, publicou sua primeira política relacionada ao cuidado dos indivíduos com DA intitulada Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do SUS, reconhecendo as necessidades de implementar o processo de respostas as complexas questões que envolvem à saúde do sujeito com tal condição (BRASIL, 2010).

Percebeu-se que muitas são as barreiras encontradas pelos surdos nos serviços de saúde, e a comunicação é a principal delas (MUNGUBA, PONTES, NÓBREGA, 2017). As dificuldades de comunicação e de informações entre os indivíduos surdos e os profissionais de saúde podem comprometer o cuidado, devido à dificuldade de entendimento de ambos, sendo assim configura, falha no atendimento humanizado e inclusivo (MUNGUBA, PONTES, NÓBREGA, 2017). Os obstáculos vivenciados se tornam ainda mais preocupantes quando a comunicação inadequada pode comprometer o diagnóstico dos problemas de saúde e o tratamento do paciente (MUNGUBA, PONTES, NÓBREGA, 2017).

O trabalho em saúde se caracteriza por um predomínio imaterial, relacional, sendo comunicação verbal a principal maneira de troca de informações entre usuários e profissionais. Essa predominância comunicacional apresenta-se como um desafio quando os usuários possuem DA, tornando necessário que os profissionais de saúde possibilitem o entendimento deste sujeito durante a realização da assistência em saúde. Para que ocorra comunicação congruente entre usuário com DA e profissionais de saúde é necessário seja a utilização da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), reconhecida como a segunda língua oficial do Brasil (OLIVEIRA, CELINO, COSTA, 2015; TEDESCO, JUNGES, 2013).

Sendo assim, o objetivo desse estudo foi traçar o diagnóstico sobre o acolhimento dos pacientes com DA, especificamente com surdez moderada a severa pelos profissionais de saúde da atenção primária do município de Criciúma.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SURDEZ E DEFICIÊNCIA AUDITIVA

“A origem dessa diversidade de preferências está no grau da audição afetada. Tecnicamente, consideramos a deficiência auditiva como sendo a categoria maior, dentro da qual encontramos diversos graus de perda auditiva, variando da surdez leve (25 a 40 db), tendo como níveis intermediários a surdez moderada (41 a 55 db), surdez acentuada (56 a 70 db), surdez severa (71 a 90 db) e surdez profunda (acima de 91 db)” (SASSAKI, [200-], p. 2).

Portanto, oficialmente, “deficiência auditiva” perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz; Deficiente auditivo é como se autodenominam muitos dos surdos adultos, principalmente aqueles que apresentam perda auditiva de leve a moderada, que não se consideram totalmente surdos (BRASIL, p.13. 2000). A surdez é caracterizada como a redução ou ausência da capacidade de ouvir determinados sons e pode ser classificada em dois tipos: perda auditiva condutiva e perda auditiva neurossensorial. (Inciso II do art. 4º do Decreto nº 3.298, de 20/12/99, que regulamenta a Lei nº 7.853 (BRASIL, 1989).

A deficiência auditiva como a perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz. O indivíduo com deficiência auditiva apresenta surdez leve, tendo a perda auditiva de até quarenta decibéis. Essa perda impede que o indivíduo perceba igualmente todos os fonemas das palavras. Além disso, a voz fraca ou distante não é ouvida (LIMA *et al.*, 2006).

“Do ponto de vista clínico, o que difere surdez de deficiência auditiva é a profundidade da perda auditiva. As pessoas que têm perda profunda, e não escutam nada, são surdas. Já as que sofreram uma perda leve ou moderada, e têm parte da audição, são consideradas deficientes auditivas” (SILVA, 2014, p. 247).

A pessoa com deficiência auditiva, é considerada desatenta, solicita frequentemente a repetição daquilo que lhe falam. Essa perda auditiva não impede a

aquisição normal da língua oral, mas poderá ser a causa de algum problema articulatório na leitura e/ou na escrita (LIMA *et al.*, 2006).

“A decisão quanto a usar o termo “pessoa com deficiência auditiva” ou os termos “pessoa surda” e “surda”, fica por conta de cada pessoa. Geralmente, pessoas com surdez leve, moderada ou acentuada referem-se a si mesmas com tendo uma deficiência auditiva. Já as que têm surdez severa, profunda ou anacusia preferem ser consideradas surdas” (SASSAKI, [200-], p. 2).

“A surdez leve, impede que o indivíduo perceba igualmente todos os fonemas das palavras, mas não impede a aquisição normal da linguagem, embora esta possa ser a causa de algum problema articulatório ou dificuldade na leitura ou escrita. Em geral, tal indivíduo é considerado desatento, solicitando, frequentemente, a repetição daquilo que lhe é falado” (DESSEN; BRITO, 1997, p. 117).

Sendo assim, o sujeito com surdez moderada é indivíduo que apresenta perda auditiva entre quarenta e setenta decibéis. Onde é encontrado os limites, no nível da percepção da palavra, sendo necessária uma voz de certa intensidade para que seja convenientemente percebida (LIMA *et al.*, 2006). É frequente o atraso de linguagem e as alterações articulatórias, em alguns casos, problemas linguísticos mais graves. Em geral, os indivíduos com surdez moderada identificam as palavras mais significativas, apresentando dificuldade em compreender outros termos ou frases gramaticais. Sua compreensão verbal está intimamente ligada à sua aptidão individual para a percepção visual (LIMA *et al.*, 2006; BRITO; DESSEN, 1999, p.429-431).

“A surdez severa, o indivíduo apresenta perda auditiva entre setenta e noventa decibéis. Essa perda vai permitir que ele identifique alguns ruídos familiares e poderá perceber apenas a voz forte, podendo chegar até aos quatro ou cinco anos sem aprender a falar” (LIMA *et al.*, 2006). “A compreensão verbal dependerá, principalmente, da aptidão do indivíduo para utilizar a percepção visual e para observar o contexto das situações” (BRITO; DESSEN, 1999, p.438.). Se for citação direta colocar aspas onde inicia e termina a citação.

“Na surdez profunda o indivíduo apresenta perda auditiva superior a noventa decibéis. Com isso, não percebe e não identifica a voz humana,

impossibilitando-o de adquirir a linguagem oral” (LIMA *et al.*, 2006; BRITO, DESSEN, 1999, p.438.).

2.2 TIPOS DE SURDEZ

A classificação da surdez, pode ser feita pelo local da lesão, grau da surdez, ou surgimento da perda auditiva. Existem três tipos diferentes causas de surdez: a surdez condutiva ou de transmissão, a surdez neurossensorial ou de percepção e a surdez mista (COLL *et al.*, 2004).

No tipo de surdez condutiva ou de transmissão, a zona lesada encontra-se no ouvido externo, ou no ouvido médio, impedindo a transmissão das ondas sonoras até o ouvido interno. Esse distúrbio normalmente é ocasionado por otites (inflamações de ouvido) ou malformações (ausência do pavilhão auditivo) (COSTA, 2012, p.14).

A surdez condutiva está associada a distorção auditiva, sem perdas superiores a 60 decibéis (SANCHES, GOUVEIA JR, 2008), não sendo considerada grave e nem duradoura, com possibilidade de tratamento médico ou cirúrgico. Nesse tipo de surdez há uma alteração na quantidade da audição e não na qualidade (COLL *et al.*, 2004).

O outro tipo, que envolve o ouvido interno ou o nervo auditivo, chama-se surdez neurossensorial (OLIVEIRA, CASTRO, RIBEIRO, 2002). A qual a área lesionada encontra-se no ouvido interno ou na via auditiva para o cérebro. A origem pode ser genética, adquirida por intoxicação (medicamentos), por infecção, ou por alterações vasculares e dos líquidos linfáticos do ouvido interno. Este tipo de surdez afeta a quantidade e a qualidade da audição e geralmente é permanente (COLL *et al.*, 2004). Outra característica é que este tipo pode se desenvolver em qualquer idade, desde o pré-natal até mesmo a idade avançada (BRASIL, 1997).

A surdez neurossensorial causa distorção da sensação auditiva dificilmente compensável, sendo uma das causas mais comuns de surdez profunda, necessitando de readaptação específica com implante coclear ou aparelho de adaptação sonora individual (OLIVEIRA; CASTRO; RIBEIRO, 2002).

O terceiro tipo é a surdez mista, que ocorre quando há lesão no ouvido interno ou na via auditiva, como o canal auditivo externo ou médio. Existem tratamentos, que dependem da área que foi afetada. A surdez mista, é identificada pela perda auditiva condutiva junto com a neurossensorial (COLL *et al.*, 2004).

O diagnóstico de surdez também pode variar de acordo com o grau de perda auditiva (Quadro 1).

Quadro 1 - Grau de perda auditiva

Grau de perda auditiva	Funcionamento
Ligeira	A PALAVRA É OUVIDA, CONTUDO CERTOS ELEMENTOS FONÉTICOS ESCAPAM AO INDIVÍDUO. ESTE TIPO DE SURDEZ NÃO PROVOCA ATRASOS NA AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM, PORÉM HÁ DIFICULDADES EM OUVIR UMA CONVERSA NORMAL
Média	-A PALAVRA SÓ É OUVIDA A UMA INTENSIDADE MUITO FORTE; -DIFICULDADES NA AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM; -PERTURBAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DA PALAVRA E DA LINGUAGEM; -DIFICULDADES EM FALAR AO TELEFONE; - NECESSIDADE DE LEITURA LABIAL PARA A COMPREENSÃO DO QUE É DITO.
Severa	-A PALAVRA EM TOM NORMAL NÃO É PERCEBIDA; -É NECESSÁRIO GRITAR PARA TER SENSAÇÃO AUDITIVA; -PERTURBAÇÕES NA VOZ E NA FONÉTICA DA PALAVRA; - INTENSA NECESSIDADE DE LEITURA LABIAL.
Profunda	-NENHUMA SENSAÇÃO AUDITIVA; -PERTURBAÇÕES INTENSAS NA FALA; -DIFICULDADES INTENSAS NA AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM ORAL; - ADQUIRE FACILMENTE LÍNGUA GESTUAL.
Cofose	SURDEZ COMPLETA; AUSÊNCIA TOTAL DO SOM.

Fonte: Ministério da Saúde (2017).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA ATENÇÃO A SAÚDE

Segundo a organização mundial de saúde (OMS), saúde não é apenas a ausência de doença, mas uma situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (OMS, 2003; SEGRE; FERRAZ, 1997).

As políticas públicas vêm se ampliando no decorrer dos anos, tendo como base fundamental os direitos estipulados na Constituição Federal (CF 88), a qual estabelece como competência do Estado, cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988, que garante direitos fundamentais para a população brasileira. Nela está instituída a saúde como direito de todos, e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução de doenças e agravos. Sendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 regulamenta a Constituição Federal de 1988 e dispõe a saúde um direito fundamental do ser humano, sendo dever do Estado prover condições deste exercício (BRASIL, 1990).

O Estado precisa ampliar, formular, e executar as políticas públicas, econômicas e sociais, buscando reduzir os riscos das doenças e seus respectivos agravos, assegurando um direito universal e igualitário às ações e aos serviços, promovendo a promoção, proteção e recuperação dos agravos (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, em 1999, foi instituída a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência, que aborda um conjunto de orientações para o exercício dos direitos individuais e sociais, para as pessoas com deficiência (BRASIL, 1999). A política define o ingresso e a permanência da pessoa com deficiência em todos os serviços, como a integração das ações dos órgãos e das entidades públicas e privadas nas áreas da saúde, educação, cultura, trabalho, transporte, assistência social e lazer. Sempre buscando à prevenção das deficiências, a redução das causas e o aumento da inclusão social (BRASIL, 1999).

O acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde foi estabelecido na Lei nº 10.098/00, conhecida como Lei de Acessibilidade, que

estabelece a prioridade no atendimento, promoção de acessibilidade das pessoas com deficiência, e com mobilidade reduzida, mediante a suspensão de barreiras e de obstáculos (BRASIL, 2000). Portanto, para que o direito de assistência à saúde seja exercido, é necessário que os gestores de saúde garantam condições de comunicação eficientes para todos os usuários, indo de encontro com os princípios da universalidade e da igualdade (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

Em relação ao acesso de pessoas com deficiência aos serviços, a Lei nº 10.098/00, conhecida como Lei de Acessibilidade, estabelece a prioridade no atendimento, promoção de acessibilidade das pessoas com deficiência, e com mobilidade reduzida, mediante a suspensão de barreiras e de obstáculos (BRASIL, 2000).

A comunicação é a forma de interação dos cidadãos que abrange, as línguas, inclusive a Língua Brasileira de Sinais (Libras), a visualização de textos, os 16 dispositivos multimídia, assim como a linguagem simples, escrita e oral, os sistemas auditivos e os meios de voz digitalizados, meios alternativos de comunicação (BRASIL, 2000).

No seu art. 18, dispõe de responsabilidade do poder público implementar a formação de profissionais intérpretes, da língua de sinais e de guias-intérpretes, para facilitar qualquer tipo de comunicação direta à pessoa com deficiência sensorial e com dificuldade de comunicação (BRASIL, 2000). Contudo, o poder público precisa promover a eliminação de barreiras na comunicação e estabelecer mecanismos e alternativas técnicas que tornem acessíveis os sistemas de comunicação e sinalização às pessoas com deficiência sensorial e com dificuldade de comunicação, para garantir-lhes o direito de acesso.

Em 2002 foi instituída a Lei nº 10.436, que foi regulamentada em 2005, por meio do decreto nº 5.626/2005, onde determina que o atendimento na rede de serviços do SUS seja realizado por profissionais capacitados, por meio da Libras, de forma a garantir a capacitação e formação de profissionais ou a sua interpretação e tradução (BRASIL, 2005a).

A legislação brasileira, no Decreto nº 5.626, Art. 2º, define que o indivíduo surdo é aquele que tem deficiência auditiva (BRASIL, 2005a). O Decreto considera pessoa com deficiência auditiva é aquela que, por ter perda auditiva, compreende e

interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura principalmente pelo uso da Língua Brasileira de Sinais - Libras.

E em 2004 teve um importante passo na busca da equidade no atendimento à deficiência auditiva no país, onde o MS (Ministério da Saúde), instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva - PNASA (Portaria MS nº 2.073, de 2004) para o aprimoramento das ações de saúde auditiva do Sistema Único de Saúde (SUS) e propôs a organização de uma rede hierarquizada, regionalizada e integrada entre a atenção básica, de média e de alta Complexidade, buscando desta maneira, garantir não só o diagnóstico e reabilitação auditiva, mas a promoção e a proteção, bem como a terapia fonoaudiológica de adultos e crianças (SILVA; GONÇALVES; SOARES, 2014).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, define a promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência (PCD), assistência integral à saúde, ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação, organização e funcionamento dos serviços (BRASIL, 2004). Assim como o atendimento à saúde nos serviços de emergência dos estabelecimentos públicos e privados, que, conforme Decreto 5.296 (2004), devem contar com a existência de local de atendimento específico para PCD, sinalização ambiental, orientação e divulgação em lugar visível, assim como deve ter local de atendimento específico para as pessoas com deficiência auditiva (BRASIL, 2004). Esses locais também devem possuir, pelo menos um telefone de atendimento adaptado para comunicação por pessoas portadoras de deficiência auditiva, e possuir serviços de atendimento, prestado por intérpretes ou pessoas capacitadas em Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS (BRASIL, 2004).

E em 2004, também teve um importante passo na busca da equidade no atendimento à deficiência auditiva no Brasil, onde o Ministério da Saúde (MS), instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva - PNASA (Portaria MS nº 2.073, de 2004) para o aprimoramento das ações no Sistema Único de Saúde (SUS), nas Secretarias de Estado de Saúde e nas Secretarias Municipais de Saúde (BRASIL, 2004).

A presente política, voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do SUS, caracteriza-se por reconhecer as necessidades

de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil (BRASIL, p.7. 2010).

Segundo a PNASA, é necessário desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades (BRASIL, 2004). Organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação), que perpassasse todos os níveis de atenção promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção aos pacientes, com assistência multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, p. 1.2004). Promovendo a ampla cobertura no atendimento aos pacientes portadores de deficiência auditiva no Brasil, garantindo a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e o controle social da saúde auditiva (BRASIL, p.1.2004).

Em relação ao acolhimento, em 2006 o MS lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), que trata diretrizes para nortear o atendimento prestado pelo sistema de saúde, fazendo com que seja inclusivo, acolhedor e resolutivo. O acolhimento é uma das fortes diretrizes da PNH e visa melhorar a qualidade do atendimento, aumentando a eficácia das ações de saúde e proporcionando relações interpessoais mais respeitadas (SILVA; GONÇALVES; SOARES, 2014). Em seu art.2, inciso IX, propõe qualificar a assistência e promover a educação continuada dos profissionais de saúde envolvidos com a implementação da política de atenção à saúde auditiva, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

De acordo com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), tem-se a rede de atenção a pessoa com deficiência, onde o objetivo é ampliar o acesso e melhorar os atendimentos às pessoas com deficiência no SUS, tendo como principal foco na sua organização a rede de atenção integral a saúde, que necessita completar as áreas de deficiências auditivas, físicas, visuais e intelectuais, e ostomias (BRASIL, 2012). Sendo que o seu principal papel é ampliar as articulações de serviços de reabilitações com a rede de atenção primária e diversos outros pontos de atenção especializada, e desenvolver prevenções de deficiências na infância e na vida adulta. (BRASIL, 2012).

No estado de Santa Catarina foi implantado o serviço de triagem auditiva (BRASIL, 2012), chamado de Centro Especializado em Reabilitação (CER), onde o

tratamento é efetuado de maneira articulada com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, envolvendo uma equipe multidisciplinar, o usuário e sua família (BRASIL, 2012). Os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação, busca promover a equidade e ampliar o acesso dos usuários do SUS, onde seu principal objetivo é proporcionar a atenção integral e contínua às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente e contínua; severa e em regime de tratamento intensivo das deficiências auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências (BRASIL, 2012). O CER, é um ponto de atenção ambulatorial especializada, que realiza diagnóstico, avaliação, orientação, estimulação precoce e atendimento especializado em reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território. Deve ainda, estabelecer processos de educação permanente para as equipes multiprofissionais, garantindo atualização e aprimoramento profissional (BRASIL, p.7. 2017). Esses centros estão pensados de modo a formarem agrupamentos que permitam flexibilidade, em especial para os CER II e III de ampliações futuras. Os módulos são: Física, Auditiva, Visual e Intelectual, aos quais são acrescentados os módulos de apoios, sendo que cada módulo possui os ambientes de acordo com as necessidades específicas (BRASIL, p.8. 2017).

No entanto, para que o direito de assistência à saúde seja exercido, é necessário que os gestores de saúde garantam condições de comunicação eficientes para todos os usuários, indo de encontro com os princípios da universalidade e da igualdade (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

2.3 DESAFIOS DA ATENÇÃO A SAÚDE E OS DEFICIENTES AUDITIVOS

Existem diversas políticas e legislações em prol dos indivíduos com deficiência auditiva, mas na prática ainda há muitas barreiras e desafios, principalmente ausência de profissionais habilitados a receber e acolher esses indivíduos (MUNGUBA, PONTES, NOBREGA, 2017).

O atendimento inicia por meio do acolhimento, o qual faz parte de um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, que implica

responsabilização do trabalho em equipe pelos profissionais, desde a sua chegada do indivíduo até sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantindo a atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2008, p. 51).

No entanto, o acolhimento está baseado na construção de relações solidárias e de confiança entre o indivíduo que busca o atendimento e o profissional de saúde, e para que isso aconteça são necessárias estratégias de comunicação que contribuam para a identificação das necessidades e na viabilização do fortalecimento das relações e da garantia do acesso universal e equânime (COUTINHO, BARBIERI, SANTOS, 2015; BRASIL, 2013).

Percebe-se que muitas são as barreiras encontradas pelos surdos nos serviços de saúde, e a comunicação é a principal delas (MUNGUBA, PONTES, NÓBREGA, 2017). A barreira de comunicação é qualquer obstáculo que prejudique o entendimento das mensagens expressadas. Esses obstáculos que impedem a participação social e dificulta o acesso aos direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão e à circulação com segurança (BRASIL, 2015).

As dificuldades de comunicação e de informações entre os indivíduos surdos e os profissionais de saúde podem comprometer o cuidado, devido à dificuldade de entendimento de ambos, sendo assim configura, falha no atendimento humanizado e inclusivo (MUNGUBA, PONTES, NÓBREGA, 2017). “Os obstáculos vivenciados se tornam ainda mais preocupantes sabendo-se que a comunicação inadequada pode comprometer o diagnóstico dos problemas de saúde e o tratamento do paciente” (MUNGUBA, PONTES, NÓBREGA, 2017, p.4).

Portanto, o estabelecimento de uma forma de comunicação que possibilite o entendimento faz-se necessário que durante o atendimento do paciente surdo pelos profissionais de saúde, seja utilizada a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). Na maioria dos atendimentos os profissionais utilizam a linguagem verbal, mas a

forma de comunicação, que é utilizada pelos surdos é a LIBRAS, que é a segunda língua oficial do Brasil é utilizada pela população surda, reconhecida como meio legal de comunicação e expressão (OLIVEIRA, CELINO, COSTA, 2015; TEDESCO, JUNGES, 2013).

A dificuldade na comunicação afeta negativamente na utilização dos usuários surdos nas redes de atenção básicas e contribuem para o afastamento destes e impede a manutenção da qualidade na assistência à saúde (DUARTE, 2013), fazendo com que os pacientes surdos busquem com menos frequência os serviços de saúde quando comparados com os pacientes ouvintes, referindo entre as dificuldades, a desconfiança, o medo e a frustração (CHAVEIRO, BARBOSA, 2005).

A ausência de um mediador intérprete de libras, durante o atendimento, e a não utilização da Libras pelos profissionais de saúde, está relacionada como uma das principais barreiras, enfrentadas ao atendimento em saúde, do indivíduo surdo (SANTOS, PORTES, 2019).

2.3.1 Estratégias de atendimento na Atenção Básica

A comunicação é essencial e à intermediação entre profissionais e usuários do SUS, e na sociedade em geral, por meio disso a ausência de domínio da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), pode isolar o surdo e prejudicar o conhecimento a respeito de sua saúde, perdendo a autonomia e restringir sua privacidade, pois na maioria das vezes, quando precisam de atendimentos os mesmos precisam ir com seus familiares para interpretação durante as consultas (DE LAVOR CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014).

Para que haja um atendimento inclusivo na área da saúde, a linguagem é uma forma de comunicação, e o indivíduo surdo tem direito ao um atendimento igualitário e humanizado, faz se necessário desenvolver estratégias que ultrapassem as barreiras que se tem pelas diferenças linguísticas. E garanta-se o atendimento de qualidade a pessoa surda (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005).

“Embora os surdos reconheçam o aumento de profissionais habilitados para interpretação da língua de sinais, a ausência de intérprete nos pontos de

atenção à saúde é um obstáculo encontrado atualmente, ferindo o direito constitucional a qualidade de vida” (MUNGUBA, PONTES, NOBREGA, 2017, p.4).

Dentre as estratégias de comunicação utilizadas entre os indivíduos surdos e os profissionais da área da saúde, cita-se a utilização da escrita, leitura labial e a presença de um acompanhante ou tradutor intérprete de Libras, ou algum familiar (OLIVEIRA, CELINO, COSTA, 2015).

Segundo Brito e Samperiz (2010), algumas das estratégias de comunicação não verbal envolvem a leitura labial, a LIBRAS, a mímica, os desenhos, as figuras, a escrita e a expressão corporal, onde contribuem para a interação social e para ocorrência da comunicação. A leitura labial se tem por meio da observação da expressão facial, de gestos, e pistas que ajudam a decodificação da informação, no entanto, somente os surdos oralizados podem ter mais chances compreensão (SANTOS, PORTES, 2019). O recurso da escrita também é muito utilizado, no entanto pode causar constrangimento e frustrações, pois, como o português é segunda língua dos surdos, alguns deles tem dificuldade de compreensão (BRITTO, SAMPERIZ, 2010).

A presença de um familiar ou intérprete de libras auxilia no atendimento, mas em alguns casos pode representar um problema, pois inibe a autonomia e a privacidade do indivíduo surdo, já que, nesse caso, a comunicação é feita entre as pessoas ouvintes e o profissional de saúde e o indivíduo surdo torna-se passivo no processo (OLIVEIRA, CELINO, COSTA, 2015; MUNGUBA, PONTES, NOBREGA, 2017).

Conforme Oliveira *et al.* (2014), a comunicação inadequada impossibilita a identificação das reais necessidades do usuário por parte do profissional, podendo contribuir negativamente na qualidade do cuidado e na saúde do mesmo.

2.4 A IMPORTÂNCIA DA LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS

A LIBRAS não é uma língua universal, cada país tem a sua língua, e há influências da cultura local e da sua regionalidade. Como qualquer outra língua possui expressões distintas de região para região, não existindo assim padrão no âmbito nacional (ALVES; FRASSETTO, 2015). LIBRAS é o principal instrumento

para o desenvolvimento dos processos cognitivos, é o primeiro e indispensável passo para a verdadeira comunicação dos indivíduos surdos (ALVES, FRASSETTO, 2015).

No Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005 foi regulamentada a LEI nº 10.436, de 24 de abril de 2002, onde dispõe a LIBRAS como meio legal de comunicação e expressão (BRASIL, 2005). Neste mesmo documento é especificado, entre outras coisas, que o atendimento a Rede de Atenção Básica, nos serviços do SUS, sejam realizados por profissionais capacitados no uso da LIBRAS, tendo como garantia a capacitação e formação de profissionais para seu uso ou sua tradução e interpretação. A Lei nº 12.319, de 1º de setembro de 2010. Dispõe da regulamentação do exercício da profissão de Tradutor e Intérprete da Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS (BRASIL, 2010). Buscando a redução das barreiras de comunicação e a formação dos profissionais intérpretes de libras, como facilitador ao acesso da língua de sinais, foi regulamentada a profissão de tradutor intérprete de Libras em 2010. Mesmo diante disso, ainda existe escassez de profissionais no âmbito da saúde.

O uso da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) é a primeira língua do surdo, auxilia na constituição de sua identidade, também ajuda o profissional para compreensão de acordo com a sua singularidade e sua particularidade, o que contribui na qualidade do atendimento prestado (CHAVEIRO; BARBOSA, 2004).

2.5 SAÚDE MENTAL DA PESSOA SURDA

Muitos pais privam seu filho surdo de aprender a língua de sinais, ou são resistentes em relação à aprendizagem da LIBRAS, e passam a utilizar sinais caseiros para interagirem entre si. Isso, porém, pode comprometer a comunicação entre a criança surda e seus familiares, e até mesmo afastá-los. Não se pode culpar família, pois essas atitudes se devem à sua falta de conhecimentos e ao preconceito arraigado na sociedade de forma geral (ARAÚJO, 2018).

Famílias que têm filhos com deficiência sentem-se pertencentes a um status inferior com poucos ou restritos direitos. Esses sentimentos são baseados na realidade, defrontada com atitudes depreciativas da sociedade, como proteção

exagerada de parentes e amigos, ações esquivas de estranhos e implícitas nas atitudes e tratamentos de diversas pessoas e profissionais de saúde (BUSCAGLIA,1997).

Comunicar-se é algo do convívio no qual compartilhamos emoções, ideias, sentimentos e mensagens, o que pode induzir o comportamento das pessoas que, por sua vez, reagirão a partir de seus valores, história de vida, cultura e suas crenças (PIRES, ALMEIDA, 2016, p. 3).

No âmbito da saúde, não tendo a comunicação entre Surdo-profissional, o atendimento fica voltado para o acompanhante, conseqüentemente prejudicando a interação do paciente com o profissional, sendo assim, essa falta de interação provoca insegurança e constrangimento da parte do DA (PIRES, ALMEIDA, 2016).

Britto (2020), descreve que são altos os índices de estresse e de ocorrência de transtornos mentais, como ansiedade, depressão e fobia social, bem como problemas a nível emocional, a exemplo dos problemas de baixa autoestima, dificuldade na manutenção de relacionamentos amorosos, baixa produtividade no trabalho, entre outras demandas que afetam a qualidade de vida e a saúde mental das pessoas surdas.

O distúrbio afetivo multifatorial caracterizado por rebaixamento de humor, redução da energia, distúrbios do sono, perda de interesse por atividades outrora prazerosas, dificuldades de concentração, perda ou aumento de apetite alimentar, sentimentos excessivos de menos-valia e culpa, além de ser, por si só, uma causa maior de deficiência (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2018; Ruiz-Castell et al., 2017; OMS).

A depressão é conhecida pelos sintomas descritos como apatia, irritabilidade, perda de interesse, tristeza, atraso motor ou agitação, ideias agressivas, desolação e múltiplas queixas somáticas (insônia, fadiga, anorexia (ESTEVES, GALVAN, 2006, p. 1). A perda auditiva, por interferir diretamente na capacidade de comunicação do indivíduo e, por conseqüência, nas relações de trabalho e familiares pode afetar as relações pessoais, favorecendo o aparecimento de sintomas depressivos (RUIZ, CASTELL, 2017).

Acredita-se que haja associação entre depressão e perda de audição devido às limitações de atividades de vida diária, sociais e ocupacionais que ambas podem

causar (SHIMIT, 2013).

São altos os índices de estresse e de ocorrência de transtornos mentais, como ansiedade, depressão e fobia social, bem como problemas a nível emocional, a exemplo dos problemas de baixa autoestima, dificuldade na manutenção de relacionamentos amorosos, baixa produtividade no trabalho, entre outras demandas que afetam a qualidade de vida e a saúde mental das pessoas surdas (COSTA et al., 2020). A surdez somando com outras comorbidades dentre outros transtornos como a depressão podem gerar diversos prejuízos, significativos se especialmente combinados (SHIMIT, 2013).

Percebe-se como a exclusão social pode ser prejudicial para a saúde mental da população surda, podendo desencadear problemas de ordem emocional e psicológica, visto que a interação social é uma das necessidades básicas do ser humano, essencial para o seu desenvolvimento (BRITO, 2020).

Os fatores que afetam a saúde mental das pessoas surdas parecem ligá-la a problemas sociais, comportamento e comunicação. A exclusão de experiências comunicacionais leva solidão e isolamento às pessoas surdas, sensação de ser diferente dos demais e as levaria a evitar o contato social (AZAB, KAMEL, ABDELRHMAN, 2015).

De acordo com o DSM-V (2015), transtornos de ansiedade possuem como principais características medo e ansiedade excessiva, incluindo sintomas comportamentais, uma ameaça futura. Ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho (CASTILLO, 2000, p. 1).

Todos os dias, a pessoa surda depara-se com diferentes situações em que a comunicação se mostra uma barreira de difícil acesso em diversos lugares, entre eles no âmbito familiar, que pode reverberar em problemas emocionais e em maior estresse (SILVA, 2016). A superproteção dos familiares, bem como as situações de julgamento e avaliações pejorativas são prejudiciais à pessoa surda, pois podem desencadear, principalmente entre os jovens, o Transtorno de Ansiedade Social, também conhecido como Fobia Social (AHMADI, 2017).

3 JUSTIFICATIVA

O presente estudo busca analisar e contribuir com a realidade social das pessoas com DA, analisando as condições em que se encontram quando buscam atendimento nas UBS, as possíveis práticas e conhecimento acerca dos atendimentos prestados a esses indivíduos e os possíveis sofrimentos causados por essa falta de comunicação.

Buscou-se uma reflexão sobre as experiências vivenciadas pelos profissionais no atendimento as pessoas com DA. Identificou-se as dificuldades dos profissionais de saúde no acolhimento e manejo dos pacientes com DA na atenção básica de saúde, verificou-se a existência de profissional capacitado no acolhimento do DA, verificou-se a existência de profissionais que compreendam a Língua Brasileira de Sinais (Libras); verificou o conhecimento dos profissionais da atenção básica sobre as políticas de saúde referentes aos DA. Identificou quais estratégias que são utilizadas pelos profissionais de saúde na atenção primária para facilitar a comunicação com os pacientes com DA. Como o acesso a serviços de saúde é considerado um determinante da qualidade de vida e do estado de saúde das pessoas com deficiências, e embora existam barreiras para este acesso, a deficiência não é a causa dessa situação, mas sim alguns fatores externos, como: a falta de profissionais capacitados, ambientes não adaptados, escassez de sistemas de serviços e principalmente rigor com políticas públicas destinadas a prestar assistência a esta população.

Cabe ressaltar, que a área da saúde exige cuidados que necessitam principalmente da comunicação interpessoal e acolhimento ao indivíduo, no entanto, essa dificuldade na comunicação e compreensão, dificulta a assistência aos usuários que procuram o atendimento nos serviços de saúde, gerando uma importante lacuna no atendimento inclusivo humanizado. Esses impedimentos, experimentados cotidianamente por esses indivíduos, afetam diretamente no diagnóstico adequado e o encaminhamento ao devido tratamento dos pacientes com surdez.

Outro problema acerca desses indivíduos é a rede de apoio familiar, pois a maioria das vezes a família não está preparada para receber a criança com

deficiência auditiva, e dessa forma, não sabem lidar com o problema, tendo a frustração como principal sentimento. Conseqüentemente, por falta de conhecimento, não há acompanhamento adequado, reabilitação e aprendizado da língua dos sinais, acarretando sérios danos no desenvolvimento desta criança, pois se a família não sabe se comunicar, a criança torna-se isolada dentro da própria casa, tendo muitos impactos na vida social e na sua saúde mental.

Diante do exposto, a presente dissertação, busca traçar o diagnóstico sobre o acolhimento dos da, especificamente com surdez moderada a severa, pelos profissionais de saúde da AB. Os resultados vão contribuir no processo de reorganização, planejamento e gestão das práticas de saúde voltadas para essa população.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o acolhimento no atendimento à saúde do deficiente auditivo (com perda severa e profunda) na atenção básica de saúde do município de Criciúma.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as dificuldades dos profissionais de saúde no acolhimento e manejo dos pacientes com deficiência auditiva na atenção básica de saúde;
- Verificar a existência de profissional capacitado no acolhimento do DA;
- Verificar a existência de profissional que compreenda a língua dos sinais (Libras);
- Verificar o conhecimento dos profissionais da atenção básica sobre as políticas de saúde referentes aos DA os quais possuem (perda severa, moderada, profunda).
- Verificar quais estratégias são utilizadas pelos profissionais de saúde da atenção primária para facilitar a comunicação com os pacientes com DA (com perda severa, moderada, profunda).

5 HIPÓTESES

- As principais dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde no acolhimento do DA será a comunicação;
- Não haverá profissional capacitado para libras nas UBS;
- Não haverá profissional que compreenda libras nas UBS;
- A maioria dos profissionais de saúde não têm conhecimento a respeito das políticas existentes que garantem acolhimento aos DA na atenção básica.
- As estratégias utilizadas atualmente, são insuficientes, para que ocorra um atendimento, humanizado e acolhedor.

6 MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos com estratégia incorporada concomitante (Santos *et al.*, 2017), oriundos do projeto intitulado “Atenção Primária à Saúde: Análise de Situação de Saúde e Perspectivas para a Rede Pública de Saúde de Criciúma – SC (ASIS)” realizado no município de Criciúma entre os meses de abril e maio do ano de 2021. De acordo com o IBGE, a cidade possui a estimativa de 219 mil habitantes, um PIB *per capita* de BRL 36.073,31 e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,78 no ano de 2010 (<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/criciuma/panorama>). O estudo foi realizado pela Universidade do Extremo Sul Catarinense por meio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Programa de Residência Multiprofissional.

Para fins de organização da gestão, Criciúma é subdividido em 6 regiões distritais: Boa Vista, Centro, Próspera, Quarta Linha, Rio Maina e Santa Luzia. No total, são 47 unidades de saúde – entre ESF, UBS e ESF/UBS. Dessas, três participaram do estudo piloto e dessa forma não fizeram parte da amostra censitária, totalizando 44 unidades de saúde. Em relação ao instrumento de pesquisa, foram utilizados três questionários: Bloco A – sobre a estrutura física da unidade; Bloco B – atribuições dos profissionais de saúde da atenção primária, a fim de compreender suas percepções sobre o processo e organização do trabalho e; Bloco C – percepção dos usuários sobre os procedimentos, organização, funcionamento, satisfação e participação social. A construção dos questionários foi baseada no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que tinha o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, além de produzir maior transparência e efetividade das ações do governo nesse nível de atenção à saúde (LIMA *et al.*, 2018). Apesar do instrumento ser norteado com base no PMAQ, os questionários foram reestruturados conforme a demanda elencada pelo município e os objetivos propostos.

Nesse manuscrito foram utilizados dados do Bloco B, voltados aos profissionais de saúde, o qual era aplicado, preferencialmente, com o gerente da unidade, ou um funcionário com nível superior, da área da saúde, e mais de 6 meses de experiência naquela unidade. As variáveis estudadas foram relacionadas ao

atendimento dos aos deficientes auditivos na atenção primária em saúde: o perfil, comportamento e acolhimento dos profissionais de saúde das UBS e ESF, presença de profissional habilitado na LIBRAS, formação dos trabalhadores em saúde, tempo de serviço nas UBS e ESF, estratégias utilizadas nos atendimentos da pessoa com deficiência e incompreensão do diagnóstico.

Foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis em estudo, apresentando-se frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, e média e desvio padrão para as variáveis numéricas.

Os dados qualitativos foram incorporados concomitantemente a esse estudo para complementariedade dos achados, com base em duas perguntas abertas. Estas foram transcritas pelo pesquisador, que após anotação da resposta lia a cada participante que confirmavam ou não o seu registro. Ao total foram 39 participantes que responderam e validaram sua resposta. Durante a transcrição foram corrigidos erros ortográficos e eventuais vícios de linguagem sem prejuízo ao sentido da resposta. O processo analítico foi utilizado a técnica de análise de conteúdo temática (SORATTO, PIRES, FRIESE, 2019).

Para auxiliar no processo de análise dos dados foram utilizados os Softwares Statistics and Data Science – Stata versão 14.0 e Atlas.ti 9.

O presente estudo foi realizado sob aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC sob o parecer nº 48125421.8.0000.0119.

6.1 DESENHO DO ESTUDO

É um estudo de métodos mistos com triangulação concomitante por meio de um estudo descritivo e quantitativo.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado junto às unidades básicas de saúde do município de Criciúma/SC.

6.2.1 População Em estudo

O estudo foi aplicado junto aos profissionais da saúde e profissionais gestores, de ambos os sexos, que atuam nas Unidades Básicas de Saúde do município de Criciúma/SC, no período entre os meses de abril a maio do ano de 2021. A amostra foi composta de forma censitária abrangendo 1 profissional de saúde de cada UBS que participar da presente pesquisa.

6.2.2 Critérios de Inclusão

- Ser gerente de saúde ou profissional de saúde de nível superior atuante nas Unidades Básicas de Saúde do município de Criciúma/SC;
- Aceitar participar da pesquisa.

6.2.3 Critérios de Exclusão

- Profissionais de saúde que não possuam nenhum vínculo com as Unidades Básicas de Saúde do município de Criciúma/SC.

6.3 VARIÁVEIS

6.3.1 Dependente (s)

As variáveis estudadas foram as referentes ao perfil e comportamento dos profissionais de saúde das UBS: perfil de acolhimento, presença de profissional habilitado na LIBRAS, formação dos trabalhadores da saúde; tempo de serviço nas Unidades Básicas de Saúde, estratégias utilizadas no atendimento da pessoa com deficiência; incompreensão do diagnóstico.

6.4 COLETA DE DADOS

6.4.1 Procedimentos e logística

Este projeto de pesquisa fez parte de um estudo maior, realizado pelo PPGSCol e a Residência Multiprofissional da UNESC, cujo nome é: “Atenção Primária em Saúde: Análise de Situação de Saúde e Perspectivas para a Rede Pública de Saúde de Criciúma – SC”. Inicialmente foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde do município de Criciúma/SC, a liberação para aplicação do presente estudo através da assinatura de uma carta de aceite (ANEXO A), a qual foi concedida autorizando a realização da pesquisa nos locais. Em seguida o projeto foi encaminhado para validação por dois residentes da área da saúde, visando a qualificação deste. Posteriormente, o projeto foi encaminhado para o comitê de ética em pesquisa (CEP) para análise dos aspectos éticos. A coleta de dados ocorreu entre abril e maio, com o envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE A) e de um questionário (APÊNDICE A) para atuantes nas UBS's do município de Criciúma/SC. Esses questionários foram aplicados para diagnóstico a respeito do acolhimento e acessibilidade dos DA na atenção primária do município.

6.4.2 Instrumento(s) para coleta dos dados

Foi utilizado um questionário previamente padronizado a respeito das “atribuições dos profissionais” em todas UBS de Criciúma. As 9 questões que compõem este projeto de pesquisa estão inseridas nesse instrumento (APÊNDICE A).

6.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos através dos instrumentos de pesquisa foram tabulados e analisados com o auxílio do *software IBM Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

A análise quantitativa foi realizada de maneira descritiva sendo os resultados expressos como frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas, e as variáveis numéricas serão expressas como média e desvio padrão.

Para a análise qualitativa foi adotado a técnica de análise de conteúdo temática, subdividida em três fases: pré-análise, exploração do material e inferência e interpretação dos resultados (MINAYO, 2008).

6.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) sob protocolo 48125421.8.0000.0119 e autorização do local onde foi realizada a pesquisa mediante apresentação do projeto e Carta de aceite (ANEXO A), tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos pacientes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica. Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar da pesquisa, autorizando sua realização por meio de Termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

6.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

Riscos: Perda da confidencialidade dos dados, no entanto, este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgados os dados pessoais do participante.

Benefícios: Traçar um diagnóstico sobre o acolhimento dos profissionais de saúde das UBS aos DA e propor estratégias que facilitem a comunicação, da pessoa com deficiência auditiva, que buscam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde.

Propor um plano que possa estar facilitando o atendimento humanizado e acolhedor do indivíduo com surdez.

7 RESULTADOS

A pesquisa foi realizada em 44 unidades de saúde, obtendo respostas de 43 profissionais de saúde. Destes, 76,7% eram gerentes das unidades de saúde, 4,8% eram cirurgiões dentista, 9,5% eram enfermeiros da unidade e 7,1% eram médicos. Com relação a formação dos profissionais, a maioria destes possuíam pós-graduação (50%).

Com relação ao preparo dos profissionais para a realização dos atendimentos de pessoas com DA, observou-se que eles se sentiam preparados para atender este público (78,5%), e a gestão oferecia suporte por meio de programas de educação permanente direcionada ao atendimento para a pessoa com deficiência auditiva (88,1%). A grande maioria dos profissionais não apresentaram sintomas ansiosos (80,9%), ou nervosismo (92,8%), para tais atendimentos. Além disso, cerca de 86% dos profissionais atuantes nas ESF e UBS já realizaram atendimentos para este público, sendo que 55,8% foram realizados pelo profissional de enfermagem.

No tocante a comunicação com os deficientes auditivos, 93% dos participantes relataram que a chamada do usuário para os atendimentos é por meio verbal e durante as consultas, os profissionais afirmaram que utilizavam a escrita (60,4%), ou o auxílio de um familiar (83,7%), para se comunicar com os pacientes.

Quando avaliado a presença de profissionais capacitados para estarem durante as consultas, 97,6% dos profissionais afirmaram que a rede não possui profissionais de saúde com domínio em LIBRAS e afirmam que não consta a presença de um professor intérprete para suporte durante os atendimentos (92,8%).

No que diz respeito ao acolhimento realizado nos serviços, 60,4% dos participantes relataram que o deficiente auditivo não possui acolhimento humanizado, inclusivo e resolutivo nas UBS e ESFs, com maior predominância nos distritos da Santa Luzia (19%) e no Rio Maina (14,2%) e relataram que programas e capacitações deixariam seus atendimentos mais humanizados (88,3%). Entretanto, apenas 4% dos profissionais entrevistados consideravam importante estar aperfeiçoando a sua prática para levar um acolhimento de qualidade ao sujeito com tal condição. Quando questionado sobre as possibilidades e estratégias para trazer

humanização aos atendimentos, 83,7% dos profissionais relataram que um dos melhores meios é a presença de um familiar durante as consultas, seguido da presença do professor de libras (44,1%) e de uma central de chamadas por videoconferência do profissional para um intérprete de LIBRAS (27,9%).

Esses achados são reforçados nos resultados qualitativos que demonstram aspectos relacionados as necessidades de melhorias assistenciais, estruturais e de gestão (figura 1); e, acolhimento de usuários com deficiência auditiva em Unidades Básicas de Saúde, com 43 citações vinculadas a cinco códigos (figura 2).

Figura 1 – Citações* e códigos relacionados as dificuldades para atendimento a pessoa com deficiência



* As citações utilizadas nesta figura são trechos das falas dos participantes P29, P27 e P32 respectivamente.

Para que as dificuldades dos profissionais de saúde sejam minimizadas e o acolhimento das pessoas com deficiência auditiva no âmbito da UBS consiga ser melhor efetivado, deve-se oportunizar ampliação do acesso ao diagnóstico e exames, oferta de formação em serviço para que a atenção em saúde multiprofissional tenham noções básicas das línguas de sinais. Também sugere-se a necessidade de um espaço adequado que contenha um profissional habilitado em libras.

8 DISCUSSÃO

O presente estudo, teve por objetivo analisar e traçar um diagnóstico sobre o acolhimento dos pacientes com DA, buscando contribuir com a realidade social destes indivíduos, evidenciou importantes achados sobre as frágeis condições de acolhimento e atendimento humanizado dos sujeitos com tal condição que procuram as UBS e ESF, além da falta de manejo e conhecimento por parte dos profissionais com relação a atenção prestada a eles.

O acesso aos serviços de saúde é considerado um determinante da qualidade de vida e do estado de saúde das pessoas com deficiência. Embora existam barreiras para este acesso, a deficiência em si não é a causa dessa situação, mas sim alguns fatores externos, como a falta de profissionais capacitados, ambientes não adaptados, escassez de sistemas de serviços e principalmente rigor com políticas públicas destinadas a esta população. Nesse sentido, a falta de profissionais capacitados em LIBRAS presentes, nos estabelecimentos de saúde, além da falta da central de video chamadas com os profissionais interpretes, prejudica a qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2010). Torna-se responsabilidade da gestão da AB, o desenvolvimento de práticas de cuidado à saúde direcionada para os indivíduos portadores de DA, principalmente referente à circulação, participação social, inclusão e garantia dos seus direitos (SOUZA, ALMEIDA, 2017, p. 3).

A comunicação direta nos atendimentos entre surdos e profissionais da saúde é uma condição fundamental para que o atendimento aconteça em sua integralidade e de forma humanizada podendo ser realizada através da escrita, leitura labial e com a presença de um profissional específico ou o próprio profissional de saúde que utilize as LIBRAS. Entretanto, este estudo corrobora com achados de outros estudos, que também apontaram que a ferramenta de comunicação mais utilizada na AB, era a comunicação verbal e o auxílio de um familiar presente nos atendimentos prestados (YONEMOTU, VIEIRA, 2020). Tais achados demonstram que existem deficiências no acolhimento, pois a comunicação não utiliza ferramentas adequadas para o usuário surdo, não possibilitando assim uma escuta qualificada, e

gerando angústia e ansiedade no usuário e nos profissionais de saúde (TEDESCO, JUNGUES, 2013).

A comunicação se trata de um instrumento decisivo no diagnóstico, tratamento e prevenção, já que são utilizadas instruções verbais em vários procedimentos e quando não compreendidas, levam ao comprometimento das demandas em saúde dos sujeitos com surdez (CHAVEIRO; BARBOSA; PORTO, 2008).

França (2011), ressalta que alguns profissionais alegaram ser necessário o mínimo de conhecimento em linguagem não verbal para assim, compreender as necessidades de saúde do usuário, reduzindo a dificuldade de fazer com que o surdo compreenda as condutas terapêuticas. Esse tipo de barreira dificulta a criação de vínculo entre o profissional de saúde e o paciente com DA, onde tal questão torna-se fundamental para a qualidade da assistência prestada, demonstrando que a equidade com determinadas populações ainda é pouco praticada reforçando que a invisibilidade social traz por consequência menor qualidade nos serviços do SUS (SILVA *et al.*, 2021).

Nesse sentido, os surdos procuram menos os serviços de cuidados em saúde, ficando mais vulneráveis ao surgimento de doenças que não puderam ser detectadas precocemente, por consequência da falta de vínculo com as UBS e ESF. Outra consequência da falta de proximidade com esses indivíduos é a procura por respostas às suas dúvidas em saúde, sendo realizadas em fontes menos seguras, podendo isso acarretar problemas maiores por causa de informações errôneas (YONEMOTU, VIEIRA, 2020, p. 10).

Os surdos enfrentam obstáculos referentes a acessibilidade à saúde devido ao déficit de humanização na relação entre profissional e paciente, baixo conhecimento dos surdos sobre o processo de saúde-doença e ao difícil processo de inclusão destes na sociedade onde o não entendimento do que o surdo quer dizer, impossibilita o conhecimento da real necessidade do usuário (SOUZA, ALMEIDA, 2017). Conforme Yonemotu e Vieira (2020), as dificuldades de comunicação trazem inúmeras consequências negativas para o surdo, os quais buscam com menor frequência os serviços do SUS, quando comparado com os

pacientes ouvintes, e conseqüentemente têm menos informação em relação à sua saúde.

No presente estudo, grande parte dos profissionais declararam que o portador de DA, não tem o seu atendimento humanizado e resolutivo nos serviços de saúde. Também foi apontado, que, na maioria das vezes, depende de algum familiar para que consiga acesso aos serviços de saúde, fato que o deixa sem autonomia na busca de suas demandas, por depender de outras pessoas para ter acesso às informações, além da dificuldade de relatar demandas mais íntimas, tornando o atendimento para o sujeito com DA um constrangimento (SOUZA, ALMEIDA, 2017; YONEMOTU, VIEIRA, 2020, p.4).

De acordo com essas vivências podem desenvolver distúrbio afetivo multifatorial caracterizado por rebaixamento de humor, redução da energia, distúrbios do sono, perda de interesse por atividades outrora prazerosas, dificuldades de concentração, perda ou aumento de apetite alimentar, sentimentos excessivos de menos-valia e culpa, além de ser, por si só, uma causa maior de deficiência (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2018; Ruiz-Castell *et al.*, 2017; OMS). Os fatores que afetam a saúde mental das pessoas surdas parecem ligá-la a problemas sociais, comportamento e comunicação. A exclusão de experiências comunicacionais leva solidão e isolamento das pessoas surdas, sensação de ser diferente dos demais e as levaria a evitar o contato social (AZAB, KAMEL, ABDELRHMAN, 2015).

De acordo com CHAVEIRO *et al.* (2010, p. 5), os profissionais de saúde não estão suficientemente preparados para cuidar da pessoa surda, e justificam que a formação acadêmica não contempla as habilidades necessárias para atender essa população. Em contrapartida, Tedesco e Jungues (2013), descrevem que o acolhimento compreende, entre outras questões, a existência de ferramentas adequadas de comunicação e postura ética de escuta qualificada.

As barreiras de acesso enfrentadas pelos indivíduos com DA, sinalizam o despreparo de profissionais no processo de trabalho, implicando, assim, em uma AB restritiva à diversidade de necessidades/demandas da população (REIS, SANTOS, 2019). As dificuldades de comunicação e informação entre profissionais que prestam assistência e usuários que buscam os serviços de saúde podem comprometer o

cuidado, em razão da dificuldade de entendimento mútuo, configurando falha no atendimento humanizado e inclusivo. Os obstáculos vivenciados se tornam ainda mais preocupantes, quando uma comunicação inadequada pode comprometer o diagnóstico dos problemas de saúde e o tratamento do paciente (CHAVEIRO *et al.*, 2010, p. 5; ARAGÃO *et al.*, 2015).

Santos e Shiratori (2004), ao pontuar a comunicação como a principal dificuldade enfrentada pelos usuários surdos, citam como proposta o auxílio de um intérprete em LIBRAS ou profissionais que saibam se comunicar utilizando esta língua. No entanto, salienta-se que, a atuação do intérprete pode melhorar, mas não é decisiva para um atendimento de qualidade devido às questões éticas que exigem as diversas situações na área da saúde. Algumas pessoas surdas são relutantes quanto o uso do intérprete, especialmente se ele conhece ou participa da comunidade surda na qual está inserido, pois sentem-se ansiosos em relação a questões confidenciais, mas, por outro lado, sem um intérprete, ficam sem informações sobre decisões e condução da assistência a ser oferecida (CHAVEIRO, *et al.*, 2010).

Cardoso, Rodrigues e Bachion (2006), afirmam a necessidade de atendimento especial pelos profissionais de saúde às pessoas surdas, uma vez que esses indivíduos possuem cultura e linguagem diferenciadas e essas particularidades precisam ser respeitadas. No contexto geral da assistência à saúde, os surdos se sentem discriminados, e inclusive, muitos relatam medo por não entenderem o que os profissionais proferem, evidenciando assim que precisam de atenção especial.

Por outro lado, este estudo apontou que a maioria dos profissionais de saúde consideram que a presença de um familiar deixa o atendimento mais humanizado ao invés do intérprete de Libras. No entanto, a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002 regulamenta o uso de LIBRAS e estabelece que as instituições públicas que fornecem assistência à saúde devem garantir atendimento e tratamento adequados aos surdos. A presença do intérprete é, portanto, uma demanda urgente. Ele não teria apenas responsabilidades de tradução, mas participaria ativamente de toda conjuntura do atendimento. Afinal, a sua presença tornaria possível ao paciente

e ao profissional de saúde alcançar o objetivo desse encontro: compreensão (SANTOS, SHIRATORI, 2004).

Quando avaliadas questões relacionadas a educação permanente, observa-se que os profissionais percebem a importância de realizá-la, porém, como relatado por eles, não se interessam em estar aperfeiçoando suas práticas. Este achado vai de encontro com outro estudo, Paulino *et al.* (2018), realizado com enfermeiros que atuavam na Estratégia de Saúde da Família, que apontou entre as dificuldades para participação das ações de educação permanente, a falta de interesse por parte de alguns profissionais, horários, sobrecarga de trabalho e agenda com outros compromissos (KOERICH, ERDMANN, 2016, p. 96).

Yonemotu, Vieira (2020), afirmam que os surdos têm esperança na formação de médicos mais humanizados e capacitados para atendê-los com qualidade e com respeito às suas diferenças. Esse achado evidencia que o cuidado em saúde para o surdo continua sendo um desafio para o SUS, devido ausência de comunicação. As leis existem, porém, as políticas públicas e as escolas médicas ainda não conseguiram se adequar a tal realidade, a comunicação direta nos atendimentos em saúde entre surdos e profissionais da saúde é condição fundamental para que o atendimento aconteça em sua integralidade e de forma humanizada (YONEMOTU, VIEIRA, 2020).

Sendo assim, há responsabilização de toda sociedade e, portanto, cabe aos gestores ofertarem educação permanente em serviço e, também, compete aos profissionais buscarem formas adequadas e robustas para superarem o amadorismo nas relações (REIS, SANTOS, 2019). Todavia, estes dados obtidos não asseguram que houve compreensão pelo usuário, uma vez esta é a percepção do profissional, nem tão pouco significa que a realização da consulta é equivalente a qualidade desejada/necessitada pelo usuário surdo (REIS, SANTOS, 2019).

Cabe ao profissional que atua na AB não só competência técnica, mas o conhecimento aprofundado e habilidades que favoreçam o estabelecimento de processos de comunicação e relações de caráter interpessoal, para que a troca de mensagens e informações seja de forma clara e eficiente. Pois ao procurar os serviços de saúde, as pessoas buscam além de acolhimento, relações solidárias e de confiança com os profissionais para resolução do seu problema de saúde, e para

que esse vínculo seja criado é necessário que o processo de comunicação seja efetivo (SILVA, 2015).

Ressalta-se aqui, a fragilidade do processo de formação dos profissionais de saúde e a importância de enfatizar durante a graduação disciplinas que abordem os aspectos da comunicação com o surdo, a inclusão de LIBRAS como disciplina obrigatória, não somente como disciplinas optativas nos cursos da área de saúde e a implantação de educação continuada de LIBRAS voltada para profissionais já atuantes (SOUZA, ALMEIDA, 2017).

Embora tenha-se um decreto que regulamenta a inclusão e manutenção da aprendizagem de LIBRAS das grades curriculares dos cursos de ensino superior, não existe algo que realize a sistematização e padronização de como deve ser o processo de ensino-aprendizagem dessa língua. Sendo assim, cabe a cada instituição de ensino organizar os objetivos, conteúdos, metodologia e carga horária da disciplina, podendo ocasionar em um ensino superficial, tendo por objetivo apenas o cumprimento da lei e não o ensino de qualidade da língua, refletindo diretamente na abordagem no profissional de saúde em seu campo de trabalho (NASCIMENTO *et al.*, 2020).

Mesmo com algumas conquistas legais, essa população ainda sofre por causa de barreiras comunicacionais, falta de informação e preconceito. A sociedade cria regras e normas que definem os padrões de normalidade por meio de ideias preconcebidas. Assim, define grupos de pessoas mais ou menos aceitos, e criam-se os estereótipos. Essa padronização não é necessariamente justa ou verdadeira, pois é resultante de expectativas e carregada de valores e julgamentos, além de falta de conhecimento (YONEMOTU, VIEIRA, 2020).

Por fim, entende-se que a existência de políticas de saúde atentas às demandas singulares sinaliza um traçador importante da qualidade do cuidado, pois, profissionais competentes para acolher demandas de populações vulneráveis, certamente, serão, também, mais atentos ao conjunto das demandas de toda população (REIS, SANTOS, 2019).

9 CONCLUSÃO

Este estudo apontou a existência de inúmeras barreiras no acolhimento e dificuldades no acesso à informação dos deficientes auditivos na atenção básica de saúde. Os profissionais de saúde estão despreparados para receber o usuário surdo, pois não utilizam ferramentas adequadas de comunicação, a qual é de extrema importância para uma escuta qualificada, construção de vínculo e resolução do seu problema.

Portanto, considerando que a AB é a porta de entrada para o SUS, percebe-se a urgência de capacitações para os profissionais de saúde para acolher o surdo nas suas múltiplas necessidades, tendo como entendimento a humanização do atendimento, sendo capaz de proporcionar atendimento inclusivo e humano, atendendo aos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Considera-se de suma importância a ampliação de pesquisas desta temática na área da saúde, com vistas a colocar em prática as políticas e diretrizes que já existem e um centro de referência para o atendimento de pessoas com DA, objetivando a ampliação do acesso e a real inclusão nos mais diversos cenários, com intuito da promoção de autonomia e empoderamento destes indivíduos.

REFERÊNCIAS

AHMADI, Hamed *et al.* Effectiveness of group training of assertiveness on social anxiety among deaf and hard of hearing adolescents. **International Tinnitus Journal**, Bad Kissingen, v. 21, n. 1, p. 14-20, 2017. Disponível em: <https://www.tinnitusjournal.com/articles/effectiveness-of-group-training-of-assertiveness-on-social-anxiety-among-deaf-and-hard-of-hearing-adolescents.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2019.

ALVES, Elizabete Gonçalves; FRASSETO, Silvana Soriano. Libras e o desenvolvimento de pessoas surdas. **Aletheia**, Canoas, v. 46, p. 211-221, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n46/n46a17.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2019.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Depression**, 2018. Disponível em: <http://www.apa.org/topics/depression/index.aspx>. Acesso em 16 de fevereiro de 2018.

ARAUJO, Cláudia Campos Machado; LACERDA, Cristina Broglia de. Linguagem e desenho no desenvolvimento da criança surda: implicações histórico-culturais. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 695-703, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v15n4/v15n4a04.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2021.

ARAÚJO, Andressa Araújo de. **Surdez e Preconceito: Uma análise a partir dos estudantes e dos pais surdos**. 2018. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Sergipe, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Sergipe, 2018. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/7512/2/ANDRESSA_ARAUJO_ARAUJO.pdf. Acesso em 08 mar.2022.

ARAGÃO, J. S. *et al.* Um estudo da validade de conteúdo de sinais, sintomas e doenças/agravos em saúde expressos em LIBRAS. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 1014-1023, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/q4fPCn9RTfczrvYDQCgWcct/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2021.

AZAB, Safinaz N.; KAMEL, Ahmed; ABDELRHMAN, Samir S. Correlation between anxiety related emotional disorders and language development in hearing-impaired egyptian arabic speaking children. **Journal of Communication Disorders**, Amsterdã, v. 3, n.3, p. 137-142, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.4172/2375-4427.1000137>. Acesso em: 07 de mar.2022.

BITTENCOURT, Z. Z. L. C. *et al.* Surdez, redes sociais e proteção social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 769-776, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16suppl1/769-776/pt>. Acesso em: 05 jul. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. **Lei nº7.853**, 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 ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm. Acesso em: 01 abr. 2021.

BRASIL. **Lei nº 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 01 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Secretaria de Educação Especial: Direito à educação: orientações gerais e marcos legais**. Brasília: MEC/SEESP. 1997.

BRASIL. **Lei nº 2883**, de 06 de janeiro de 1998. Autoriza o poder executivo a criar a carreira de intérprete para deficientes auditivos. Disponível em: <https://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/144092/lei-2883-98>. Acesso em: 18 mar.2022.

BRASIL. **Decreto nº 3.298**, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm. Acesso em: 14 jul. 2020.

BRASIL, **Lei no 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm. Acesso em: 01 abr.2021.

BRASIL. **Portaria Nº 2.073**, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em: 32 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073_28_09_2004.html. Acesso em: 01 abr. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm. Acesso em: 18 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Educação a Distância. **Deficiência auditiva**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/deficienciaauditiva.pdf>. Acesso em 18 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde**. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pessoa_deficiencia_sus_2ed.pdf. Acesso em: 18 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13146**, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em 20 fev. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.319**, de 1º de setembro de 2010. Regulamenta a profissão de Tradutor e Intérprete da Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12319.htm. Acesso em: 01 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.274**, de 25 de junho de 2013. Inclui o Procedimento de Sistema de Frequência Modulada Pessoal (FM) na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1274_25_06_2013.html. Acesso em: 18 mar.2022.

BRASIL. **Lei nº 13.146**, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 14 jul. 2020.

BRITO, Ângela Maria Waked de; DESSEN, Maria Auxiliadora. Crianças surdas e suas famílias: um panorama geral. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 429-445, 1999. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRITTO, F. R.; SAMPERIZ, M. M. F. **Dificuldades de comunicação e estratégias** utilizadas pelos enfermeiros e sua equipe na assistência ao deficiente auditivo. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 80-85, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0080.pdf. Acesso em: 05 abr. 2021.

BUSCAGLIA, Leo. **Os deficientes e seus pais**. 5. ed. Editora Record: Rio de Janeiro, 2006. 313p. Disponível em:

http://feapaesp.org.br/material_download/325_Os%20deficientes%20e%20seus%20pais%20-%20Leo%20Buscaglia.pdf . Acesso em 08 mar. 2022.

CARDOSO, Adriane Helena Alves; RODRIGUES, Karla Gomes; BACHION, Maria Márcia. Percepção da pessoa com surdez severa e/ou profunda acerca do processo de comunicação durante seu atendimento de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 1-8, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/p5jqym3LKHPTLd7VDFfnhZL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 mar. 2022.

CASTILHO, Ana Regina GL. *et al.* Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 20-23, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7gtB9pZFY6rkh48CLt/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 8 mar. 2022.

CARVALHO, Paulo Vaz. **Breve história dos surdos no mundo e em Portugal**. Lisboa: Surd'Universo, 2007.

CHAVEIRO, Neuma; BARBOSA, Maria Alves; PORTO, Celmo Celeno. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 42, n. 3, p. 578-583, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/VxmLq9wh4jFhkbsJJq7jN4q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 mar.2022.

CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M. A.; PORTO, C. C. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 578-583, 2008.

CHAVEIRO, N *et al.* Atendimento à pessoa surda que utiliza Língua de Sinais, na perspectiva do profissional da saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 639-645, 2010. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/20359/13520>. Acesso em: 21 jul. 2019.

CHAVEIRO, Neuma. *et al.* Qualidade de vida dos surdos que se comunicam pela língua de sinais: revisão integrativa. **Interface: comunicação, saúde, educação**, São Paulo, v. 18, n. 48, p. 101-114, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0101.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2019.

CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M. A. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 39, n. 4, p. 417-22, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/06.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2021.

CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M. A. A surdez, o surdo e seu discurso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 6, n. 2, p.166-171, 2004. Disponível em:

https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/Orig3_surdez.pdf. Acesso em: 18 mar. 2021

CHAVEIRO, N. **Encontro do paciente surdo que usa Língua de Sinais com os profissionais da saúde**. 2007. Dissertação (mestrado em ciências da saúde). Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2007. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/1721>. Acesso em: 18 mar. 2021

COLL, C. *et al.* **Desenvolvimento psicológico e educação: transtornos de desenvolvimento e necessidades educativas especiais**. 2. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2004. 3 v.

CONDESSA, Aline Macarevich *et al.* Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/9ZB9378kNvMtDj4WyHp74cz/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em 11 mar. 2022.

COSTA, Edilane Lourenço da. **Análise comparativa da ansiedade relatada em surdos e ouvintes**. 2012. Dissertação (mestrado em teoria e pesquisa do comportamento). Universidade Federal do Pará, Belém – PA, 2012. Disponível em: <http://ppgtpc.proesp.ufpa.br/ARQUIVOS/dissertacoes/Edilane%20Lourenco%202012.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2020.

COSTA, J. S. *et al.* Exclusão social da pessoa surda: Possíveis impactos psicológicos. **Revista Psicologia & Saberes**, São Paulo, v. 9, n. 19, p. 86-97, 2020.

COUTINHO, Larissa Rachel Palhares; BARBIERI, Rita Barbieri; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/p6vvLB8N6CbmLZFF4SXdxXS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 18 mar.2022.

COUTINHO, Juliana Wolferson. **Perda auditiva progressiva e desenvolvimento da linguagem**. 2006. Dissertação (mestrado em fonoaudiologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/12029#preview-link0>. Acesso em: 18 mar. 2021.

DE LAVOR CORIOLANO-MARINUS, M. W. *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401356. Acesso em: 18 mar. 2021.

DSM-5: manual diagnostico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.

DESSEN, Maria Auxiliadora. BRITO, Ângela Maria Waked de. Reflexões sobre a deficiência auditiva e o atendimento Institucional De Criança no Brasil. **Paidéia**, Ribeirão Preto – SP, v. 34, n. 12, p. 111-134, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/paideia/n12-13/09.pdf>. Acesso em: 18 de março de 2021.

DUARTE, Soraya Bianca Reis. Aspectos históricos e socioculturais da população surda. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos – SP, v. 20, n. 4, p. 1713-1734, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v20n4/0104-5970-hcsm-20-04-01713.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2021.

ESTEVES, Fernanda Cavalcante; GALVAN, Alda Luiza. Depressão numa contextualização contemporânea, **Aletheia**, Farroupilha – RS, n. 24, p. 127-135, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n24/n24a12.pdf>. Acesso em: 20 fev.2022.

FRANÇA, E. G. **Atenção à saúde do surdo na perspectiva do profissional de saúde**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e de Estatística. **O que é?** 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9662-censo-demografico-2010.html>. Acesso em: 18 mar. 2021.

IANNI, Aurea; PEREIRA, Patrícia Cristina Andrade. Acesso da Comunidade Surda à Rede Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 89-92, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/15.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2021.

KOERICH, Cintia. ERDMAN, Alacoque Lorenzini. Significados atribuídos pela equipe de enfermagem sobre educação permanente em uma instituição cardiovascular. **Revista Rene**, Ceará, v. 17, n. 1, p. 93-102, 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2620/2007>. Acesso em: 26 jan. 2022.

LIMA, Daisy Maria Collet de Araujo *et al.* **Educação infantil: saberes e práticas da inclusão: dificuldades de comunicação e sinalização: surdez**. 4. ed. Brasília: MEC, Secretaria de Educação Especial, 2006. 89 p. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/surdez.pdf>. Acesso em: 19 mar.2021.

LIMA, Daisy Maria Collet de Araujo *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. nesp. 1, p. 52-56, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dTT4C8BxFNTFMftQcdcZjqc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 mar.2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2021.

MUNGUBA, Marilene Calderaro; PONTES, Ricardo José Soares; NÓBREGA, Juliana Donato. Atenção à saúde e surdez: desafios para implantação da rede de Cuidados à pessoa com deficiência. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza - CE, v.30, n.3, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rbps/article/view/6176/0>. Acesso em: 18 mar. 2021.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Declaração dos direitos humanos**, 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2020.

NASCIMENTO, Thiaho Mazzu *et al.* Fragilidade na formação dos profissionais de saúde quanto à Língua Brasileira de Sinais: reflexo na atenção à saúde dos surdos. **Audiology - Communication Research**, São Paulo, v. 25, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/dY4cCXTnjwZvVSRPmYJ6RWL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 18 mar. 2021.

OLIVEIRA, Patricia; CASTRO, Fernanda; RIBEIRO, Almeida. Surdez infantil. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 68, n. 3, p. 417-423, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rboto/v68n3/10400.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2021. 35

OLIVEIRA, Y. C. A.; CELINO, S. D. M.; COSTA, G. M. C. Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 307-320, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00307.pdf>.

OLIVEIRA, Roberta Meneses *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, 18, n. 1, p. 122-129, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122. Acesso em: 01 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **CID –10**, tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 9 ed. Rev – São Paulo: EDUSP, 2003.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Diminuindo diferenças**: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro: OMS; 2011. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/enco>

ntro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/00_palavra_dos_organizados.pdf. Acesso em: 6 abr. 2021.

PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; FIÚZA, Nara Lígia Gregório; REBOUÇAS, Cristiana Brasil de Almeida. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 411-418, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/10.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2021.

PAULINO, Valquiria Coelho Pina. *et al.* Desafios da Educação Permanente na Atenção Primária. **Itinerarius Reflections**, Goiás, v. 14, n. 4, p. 1-24, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/rir/article/view/54945/26714> .Acesso em 09 mar. 2022.

PIRANI, Zabih; AFSHAR, Rezvan; HATAMI, Atiyeh. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for social anxiety in adults with hearing loss. **Auditory and Vestibular Research Journal**, v. 26, n. 1, p. 50-55, 2017.

PIRES, Hindhiara Freire; ALMEIDA, Maria Antonieta Pereira Tigre. A percepção do surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Revista de Enfermagem Contemporânea**, Bahia, v. 5, n. 1, p. 68-77, 2016. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/912>. Acesso em: 11 mar. 2022.

Rabelo DF, Neri AL. tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. *Cad Saúde Pública*, 2015; 31 (4): 874-84.

REIS, V. S. L.; Santos, A. M. Conhecimento e experiência de profissionais das Equipes de Saúde da Família no atendimento a pessoas surdas. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. e5418, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/6h6ptYgLqwHgXNdZggfmQzm/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 17 de nov. de 2021.

RUIZ-Castell M. *et al.* Depression burden in Luxembourg: individual risk factors, geographic variations and the role of migration, 2013-2015 European Health Examination Survey. **Journal of affective disorders**, Amsterdã, v. 27, n. 222, p. 41-48, 2017.

SÁ, N. R. L. **Cultura, poder e educação dos surdos**. São Paulo: Edua, 2006.

SANCHES, Cíntia Nazaré M.; GOUVEIA JR, Amauri. Adaptação da EAH para a população de surdos falantes em Libras. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Belo Horizonte - MG, v. 10, n.2, p. 171-179, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1517-55452008000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 mar. 2021.

SANTOS, Alane Santana; PORTES, Arlindo José Freire. Percepções de sujeitos surdos sobre a comunicação na Atenção Básica à Saúde. **Revista Latino-**

Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto – SP, v. 27, p. 1- 9, 2019. Disponível em:https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692019000100318&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 mar. 2021.

SANTOS, Fábio; SILVA, Joilson Pereira da. Ansiedade entre as pessoas surdas: um estudo teórico. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 143-157, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v71n1/11.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2021.

SANTOS, E. M.; SHIRATORI, K. As necessidades de saúde no mundo do silêncio: um diálogo com os surdos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 68-76, 2004. Disponível em <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/798/905>. Acesso em: 19 nov. 2021.

SANTOS, José Luís Guedes dos *et al.* Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>>. ISSN 1980-265X. Acesso em: 21 nov. 2021

SASSAKI, R. K. Inclusão: **construindo uma sociedade para todos**. Rio de Janeiro, WVA, 1997. 36

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Nomenclatura na área da surdez**. [200-]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/deficiencia/Nomenclatura_na_area_da_surdez.pdf. Acesso em: 27 mar. 2021.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2021.

SILVA, Rosângela Nunes Almeida da *et al.* Assistência ao surdo na atenção primária: concepções de profissionais. **JMPHC Journal of Management & Primary Health Care**, v. 6, n. 2, p. 189-204, 2015. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?q=Assist%C3%A2ncia+ao+surdo+na+aten%C3%A7%C3%A3o+prim%C3%A1ria:+concep%C3%A7%C3%B5es+de+profissionais&hl=pt-BR&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart. Acesso em: 14 fev. 2021.

SILVA, Letícia Oliveira. **Adaptação da escola de coping de Billings Moos (ECBM) para surdos: Um estudo piloto**. Dissertação (mestrado em psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, Brasil, 2016. Disponível em: <https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/21900-final.pdf>. Acesso em: 17 nov.2021

SILVA, Marciele de Lima *et al.* As dificuldades encontradas na assistência à saúde às pessoas com surdez. **Research, Society and Development**, v. 10, n.2, p. e38910212372, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12372/11394>. Acesso em: 14 fev. 2021.

SILVA, Andréa Adriana da *et al.* A atenção básica da saúde na vida da pessoa com surdez: reflexões sobre essa política pública. **Brazilian Journal of Delevopment**, Curitiba, v.7, n. 3, p. 22440-22455, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/25819>. Acesso em: 14 fev. 2021.

SHIMITH, Jeanne Gabriele. Depressão e perda auditiva em adultos no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Disponível em: [https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/199028#:~:text=A%20preval%C3%AAncia%20de%20depress%C3%A3o%20foi%209%20significativamente%20maior%20entre%20indiv%C3%ADduos,%3B%20P%3C0%2C001\)%20e%20dificuldade](https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/199028#:~:text=A%20preval%C3%AAncia%20de%20depress%C3%A3o%20foi%209%20significativamente%20maior%20entre%20indiv%C3%ADduos,%3B%20P%3C0%2C001)%20e%20dificuldade). Acesso em 07 mar.2022.

SOARES, Vânia Muniz Néquer. Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: um estudo avaliativo a partir da cobertura de serviços e procedimentos diagnósticos. **CODAS**, São Paulo, V. 26, n.3, p. 241-247, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/codas/v26n3/pt_2317-1782-codas-26-03-00241.pdf. Acesso em: 01 abr. 2021.

SORATTO, Jacks; PIRES, Denise Elvira Pires de; FRIESE, Susanne. Thematic content analysis using ATLAS. ti software: Potentialities for researchs in health. **Revista Brasileira de Enfermagem** Brasília, v. 73, n. 3, p. e20190250, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0250>. Acesso em: 27 out. 2021.

SOUZA, Eliane Meira de. ALMEIDA, Maria Antonieta Pereira Tigre. **Atendimento ao surdo na atenção básica: perspectiva da equipe multidisciplinar**, 2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/589/874>. Acesso em 17 de nov. de 2021.

TEDESCO, Janaína dos Reis; JUNGES, José Roque. Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1685-1689, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n8/v29n8a21.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2021.

YONEMOTU, Bianca Pereira Rodrigues; VIEIRA, Camila Mugnai. Diversidade e comunicação: percepções de surdos sobre atividade de educação em saúde realizada por estudantes de medicina. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**. 2020 abr.-jun.;14(2):401-14 | [www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1827/2360> . Acesso em 19 de nov. de 2021.

APÊNDICE(S)

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ANÁLISE DE SITUAÇÃO EM SAÚDE DE CRICIÚMA/SC RESIDÊNCIA UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC BLOCO B - ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS IDENTIFICAÇÃO GERAL

Número do Usuário:

Número Residente:

B1. Identificação da Unidade Básica de Saúde (*nome da UBS*):

B2. Tipo de UBS:

- 1) Posto de Saúde
- 2) Unidade Básica de Saúde
- 3) ESF
- 4) Policlínica
- 5) Outro

Qual? _____.

ATENDIMENTO A PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

B3. Pense na rotina do serviço para atendimento/acolhimento/assistência as pessoas com deficiência auditiva. Quais as principais dificuldades, que você encontra para o atendimento a pessoa com deficiência auditiva?

B4. Como você acha que deveria ser o acolhimento de um usuário com deficiência auditiva?

40

B5. Você já prestou atendimento a um sujeito com deficiência auditiva na UBS?

- 1) Não
- 2) Sim

B6. Como você se sente no atendimento a um sujeito com deficiência auditiva?

(Pode marcar mais de uma alternativa)

- 1) Ansioso (a)
- 2) Aflito (a)
- 3) Nervoso (a)
- 4) Tranquilo (a)

B7. Há algum profissional de saúde capacitado com LIBRAS nesta UBS?

- 1) Não
- 2) Sim

B8. Há algum profissional de saúde que compreenda LIBRAS nesta UBS?

- 1) Não
- 2) Sim

B9. Na sua UBS vocês chamam o usuário verbalmente ou há um painel com senha?

- 1) Chamam verbalmente
- 2) Há um painel com senha
- 3) Outro meio.

Qual? _____

B10. Qual ou quais estratégias são utilizadas por você ou pelos demais profissionais de saúde desta unidade para facilitar a comunicação com os pacientes com deficiência auditiva?

- 1) Uso da escrita
- 2) Solicita a presença de um familiar
- 3) Leitura Labial
- 4) Outro

Qual? _____

B11. A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente voltada ao atendimento de indivíduos com deficiência auditiva?

- 1) Não
- 2) Sim

B12. Você considera importante que haja cursos e aperfeiçoamentos para a melhoria do acolhimento do deficiente auditivo?

41

- 1) Não
- 2) Sim
- 3) Já participei

B13. Na sua opinião, o deficiente auditivo tem um acolhimento humanizado, inclusivo, resolutivo, quando busca o atendimento nesta UBS?

- 1) Não
- 2) Sim
- 3) Não sabe

B14. Na sua opinião, o que poderia ser feito para que aconteça um atendimento humanizado e incluso com a pessoa com deficiência auditiva?

- 1) Ter interprete de libras nas UBS
- 2) Central de chamadas por vídeo conferencia do profissional para um interprete de Libras
- 3) Presença de um familiar/acompanhante
- 4) Outro

QUAL? _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: Atenção Primária em Saúde: Análise de Situação de Saúde e Perspectivas para a Rede Pública de Saúde de Criciúma - SC

Objetivo: Descrever a situação de saúde através de indicadores, planos de atenção, sistema de vigilância e notificação, estrutura gerencial e de rede de apoio do SUS, assim como estimar a prevalência de determinantes sociais e biológicos e a carga global de doenças na população residente no município de Criciúma - SC.

Período da coleta de dados: 12/07/2021 a 13/08/2021

Tempo estimado para cada coleta: 1 hora

Local da coleta: Unidades Básicas de Saúde pertencentes a rede municipal de Saúde de Criciúma.

Pesquisador/Orientador: Lisiane Tuon	Telefone: 4899851739
Pesquisador/Adjunto: Rafael Zaneripe de Souza Nunes	Telefone: 48984050833
Pesquisador/Adjunto: Lucas Helal	Telefone: 51999915551
Pesquisador/Adjunto: Vanessa Iribarem Avena Miranda	Telefone: 48991546367
Pesquisador/Adjunto: Hexael Demarch	Telefone: 48996387278

Os pesquisadores pertencem ao Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 | Página 1 de 3



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

O Núcleo de Saúde Coletiva, operado pelo Programa de Residência Multiprofissional e pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNESC é responsável pelo planejamento, gerenciamento e execução do estudo. Serão aplicados questionários com questões específicas de ASIS no nível da UBS por profissionais de saúde pertencentes ao Programa de Residência Multiprofissional, imediatos do processo seletivo vigente. No primeiro momento, será realizada uma capacitação com os residentes de forma a dar conta de subsídio teórico para conceitos básicos de Saúde Coletiva assim como instrumentalização em pesquisa de campo. Depois de capacitados, os residentes realizarão o refinamento dos instrumentos em conjunto com dois epidemiologistas treinados (professores da Universidade) para então irem à campo.

Serão distribuídos em equipes de acordo com as UBS nos diferentes distritos de saúde em Criciúma. Dessa forma, individualmente, cada residente irá se dirigir às diferentes UBS dos territórios, efetivando a aplicação dos 3 (três) questionários em momentos distintos, com duração aproximada de 1 hora. Três questionários de análise foram adaptados por meio do documento de síntese para avaliação externa do PMAQ, proposta pelo Ministério da Saúde (2012b). A aplicação dos questionários contempla e avalia em momentos distintos três aspectos que são característicos de uma ASIS na APS, a saber: observação da unidade básica de saúde e sua infraestrutura; entrevista com profissionais da equipe de atenção básica para verificação do processo de trabalho; e por fim, entrevista com usuários da UBS.

Optou-se por utilizar a PMAQ como modelo-base, subsidiando a logística da coleta de dados e das informações necessárias. Sendo assim, referente ao processo de avaliação/diagnóstico. Nas UBSs do município de Criciúma, serão avaliadas as próprias UBSs (eixo



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

primário), ESFs (via gestor/gerente da Unidade local) e quatro usuários-índices selecionados de forma aleatória à entrada.

Referente aos profissionais, o gestor da unidade local proverá as informações referentes à equipe e também dos processos gerenciais, assistenciais e de dinâmica de trabalho de cada ponto da rede. Por fim, quatro usuários-índice de cada UBS visitada serão escolhidos para análise superficial no nível do usuário. Dessa forma, podemos concluir que a pesquisa se divide em 5 partes distintas: 1ª Fase

No primeiro momento, ocorrerá uma reunião de capacitação com todos os residentes por um período de 2 semanas, pautando-se em uma perspectiva técnico-pedagógica para discussão e aprendizado dos conceitos principais envolvendo a ASIS. Junto a isso, os residentes terão a oportunidade de analisar o processo de aplicação dos instrumentos protótipos de avaliação, com vistas a progressivamente adequar a estrutura destes para abarcar de maneira contextualizada e abrangente os dados, tornando sua aplicação mais dinâmica.

2ª Fase

Para aplicação inicial do protótipo dos questionários, serão utilizadas como referência 4 (quatro) UBS. Dessa forma, será possível averiguar em reunião posterior com os residentes, possíveis lacunas e necessidades específicas de adequação dos instrumentos para a realidade local. Após a discussão entre o corpo técnico da pesquisa, a versão final do instrumento de coleta de dados será finalizada, para que sua aplicação se estenda a todos os pontos de APS elegíveis do município de Criciúma.

3ª Fase

No total, 36 residentes vão se dirigir aos 6 (seis) distritos de saúde de Criciúma, aplicando a versão final dos questionários nas 45 UBS que compõem a APS do município. Os pesquisadores se dividiram em pequenos para cada distrito, e se dirigiram às UBS de modo individualizado, para aplicação dos 3 (três) questionários e momentos distintos: Avaliação da Infraestrutura; Avaliação da Equipe de Saúde; Avaliação da Satisfação e Percepção dos Usuários.

4ª Fase

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 | Página 3 de 3



CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DE SERES HUMANOS



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Após aplicação dos questionários, os dados coletados serão armazenados e tratados de modo digital, pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS v.22*, para realizar as aferições e correlações dos dados quantitativos. Sendo assim, será possível apresentar os resultados de modo dinâmico, auxiliando na emissão inicial de um parecer da situação de saúde dos pontos de APS de Criciúma.

5ª Fase

Finalizada a etapa de tratamento dos dados, a equipe de pesquisa emitirá um parecer dos principais dados encontrados para a Prefeitura Municipal de Saúde, e discutirá em conjunto com a Secretaria de Saúde as principais fortalezas e pontos a serem melhorados na rede. Ademais, os dados também servirão para a produção de conteúdo científico, contribuindo para ampliação do conhecimento na área da Saúde Coletiva sobre os processos gerenciais e avaliativos na APS. Após a finalização da coleta, os pesquisadores disponibilizarão seus questionários a outro grupo de residentes que ficará responsável pelo armazenamento e digitação dos dados.

RISCOS

A pesquisa apresenta riscos mínimos, pois será desenvolvida a partir da análise da infraestrutura das UBS, e entrevista com os gestores das equipes de saúde e usuários da APS. Os questionamentos serão realizados de forma a respeitar o sigilo. Entretanto, como toda pesquisa apresenta riscos inerentes a sua aplicabilidade, destacamos a possibilidade de identificação dos dados individuais de pacientes, ou possíveis constrangimentos nos momentos de avaliação e aplicação dos questionários, que serão amenizados pelo treinamento, respeito ético com base nos preceitos de bioética correntes, e estrutura da rede de pesquisa em armazenar os dados originais, digitados e tabulados de maneira mais inviolável possível. Além disso, cabe salientar que devido aos riscos de contaminação frente a pandemia da COVID-19, os cuidados na coleta seguiram os critérios de biossegurança, ocorrendo em local arejado e privado, em uma sala específica de cada UBS, com somente o pesquisador e o participante da pesquisa, onde ambos os estarão e deverão usar máscara adequada, mantendo o distanciamento mínimo de 1,5 metros, onde os móveis do



CEP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DE SERES HUMANOS



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

local serão devidamente sanitizados entre cada entrevista, bem como realizada a assepsia das mãos do pesquisador e participante.

BENEFÍCIOS

Destacamos como maior benefício da pesquisa a possibilidade de auxiliar a gestão local na localização dos pontos fortes e fragilidades da rede de saúde, especificamente na APS. Sendo assim, será possível contribuir para a realidade municipal na organização dos serviços e prestação de assistência aos seus usuários.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(a) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Lisiane Tuon pelo telefone (48) 999851739 e/ou pelo e-mail ltb@unesc.net. Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

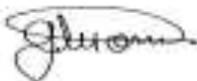
O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS

TCLE CEPUNESC – versão 2018 | Página 5 de 3



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
	
<hr/> Assinatura	<hr/> Assinatura
Nome: _____	Nome: Lisiane Tuon
CPF: _____	CPF: 71872065920

Criciúma (SC), 02 de Maio de 2021.

ANEXO(S)

ANEXO A – CARTA DE ACEITE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIUMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Processo: 605265

CARTA DE ACEITE

Vimos por meio desta, deferir a solicitação para realização da pesquisa intitulada: **"Atenção Primária em Saúde: Análise de Situação de Saúde e Perspectivas para a Rede Pública de Saúde de Criciúma -SC"**.

O estudo está sob responsabilidade de Lisiane Tuon, Vanessa Iribarren Avena Miranda, Lucas Helal, Rafael Zaneripe de Souza Nunes, Hexael Borges de March e Deivid de Freitas Floriano, do Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul catarinense – UNESC - durante o tempo de aplicação da pesquisa.

Criciúma, 19 de março de 2021.


MUNICÍPIO DE CRICIUMA
Secretaria Municipal de Saúde
Alexandre Ferreira-Carlino
Matrícula 86370
Gerente de Educação Permanente

Secretaria Municipal de Saúde – Paço Municipal Marcos Rovaris
Rua: Domênico Sônego, 542 Bairro Santa Bárbara CEP 8804-050 Fone 3445-8400



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIUMA
SECRETARIA DE SAÚDE

De: Secretaria Municipal de Saúde

Requerente: Deivid de Freitas Floriano

Assunto: Solicitação de Pesquisa na Saúde

Processo: 605265 **Data:** 19/03/2021

Vimos por meio deste, **deferir** a solicitação para realização da pesquisa intitulada: **“Atenção Primária em Saúde: Análise de Situação de Saúde e Perspectivas para a Rede Pública de Saúde de Criciúma -SC”**.

O estudo está sob responsabilidade de Lisiane Tuon, Vanessa Iribarren Avena Miranda, Lucas Helal, Rafael Zaneripe de Souza Nunes, Hexael Borges de March e Deivid de Freitas Floriano, do Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul catarinense – UNESC - durante o tempo de aplicação da pesquisa.

Os pesquisadores devem combinar antecipadamente com a Gerência imediata de cada unidade de saúde participante do estudo. Cabe ressaltar que os pesquisadores devem realizar todas as medidas de segurança referente à pandemia do novo coronavírus. Além disso, devem estar de posse da Carta de Aprovação do Comitê de Ética antes de iniciar a pesquisa.

Fica acordado que os pesquisadores podem ser convidados a apresentar o resultado obtido à Secretaria Municipal de Saúde, em período oportuno.


MUNICÍPIO DE CRICIUMA
Secretaria Municipal de Saúde
Alexandre Ferreira Caitano
Matrícula: 56370
Gerente de Educação Permanente

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

Parecer n.: 4.703.112

CAAE: 45927521.0.0000.0119

Pesquisador(a) Responsável: Lisiane Tuon Generoso Bitencourt

Pesquisador(a): VANESSA IRIBARREM AVENA MIRANDA
LUCAS HELAL
RAFAEL ZANERIPE DE SOUZA NUNES
HEXAEL BORGES DEMARCH
DEIVID DE FREITAS FLORIANO

Título: Atenção Primária em Saúde: Análise de Situação de Saúde e Perspectivas para a Rede Pública de Saúde de Criciúma - SC

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 11 de maio de 2021


Marco Antônio da Silva
Coordenador do CEP

