



**UnB**

Universidade de Brasília (UnB)  
Faculdade de Ceilândia (FCE)  
Bacharelado em Saúde Coletiva

Mariana Ferreira Marques Costa

**Análise da Utilização da Atenção Primária à Saúde pelo usuário Surdo sob a perspectiva do profissional de enfermagem: Estudo descritivo nas unidades de saúde da Ceilândia - DF**

Ceilândia – DF, 2013.

Mariana Ferreira Marques Costa

**Análise da Utilização da Atenção Primária à Saúde pelo usuário Surdo sob a perspectiva do profissional de enfermagem: Estudo descritivo nas unidades de saúde da Ceilândia - DF**

Trabalho apresentado à Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora:

Prof<sup>ª</sup> Dra Mariana Sodário Cruz

Ceilândia – DF, 2013.

**Análise da Utilização da Atenção Primária à Saúde pelo usuário Surdo sob a perspectiva do profissional de enfermagem: Estudo descritivo nas unidades de saúde da Ceilândia - DF**

Mariana Ferreira Marques Costa

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, como exigência para obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 17 de Julho de 2013.

Profa. Dra. Mariana Sodário Cruz  
Universidade de Brasília  
Faculdade de Ceilândia  
Orientadora

Prof. Dr. José Antônio Iturri de la Mata  
Universidade de Brasília  
Faculdade de Ceilândia  
Avaliador

Prof. Dra. Vanessa Resende Nogueira Cruvinel  
Universidade de Brasília  
Faculdade de Ceilândia  
Avaliadora

Ceilândia – DF, 17 de Julho de 2013.

### **Dedico este trabalho**

*À todos aqueles que um dia sonharam com um campus da Universidade de Brasília na cidade de Ceilândia – DF;*

*Aos profissionais do Sistema Único de Saúde que se empenham diariamente e buscam cumprir da melhor forma as suas obrigações sem se deixar abater pelas adversidades do sistema;*

*À comunidade surda, na esperança de estar contribuindo na luta pela acessibilidade, integralidade da assistência e garantia dos direitos;*

*À minha família de sangue e de coração pelo amor e companheirismo que me dedicam;*

*E de forma especial, à **Deus** pelo dom da vida e por tudo que me proporcionou até hoje.*

## Agradecimentos

*“(...) Muita água corre por mim o tempo todo, algumas rápido outras bem devagar. Nenhuma é igual à outra e cada uma traz uma coisa especial que de alguma maneira acaba entrando em contraste comigo. Eu não sou um riacho completo sem a água que transita por mim e sei que as águas sujas ou limpas que passam juntamente com as pedras e a terra e outras coisas mais são o que vão fazendo de mim um riacho verdadeiro e forte e se essas coisas não existissem certamente eu não seria o que sou (...).”*

[M. C. – 2013]

*Devo dizer que dar origem a um trabalho de conclusão de curso exige tempo, carinho pelo tema, dedicação, disciplina, às vezes isolamento e muita paciência. Embora este seja um trabalho dito individual, apenas torna-se realidade quando há o apoio de muitas pessoas. Assim, não somente pela contribuição direta com a elaboração deste trabalho, mas por fazerem parte da minha vida e me ajudarem a desenvolver como profissional e como pessoa, deixo minha gratidão: À Deus pelo seu incomparável amor e por ser minha força vital que me faz prosseguir pelo caminho da vida; À minha família (Michely, Isaac, Ivanisia, Luciano e Raimunda) pelo carinho, por todo o apoio oferecido e tolerância para com minhas constantes ausências, principalmente aos meus pais Luiz e Marina, por dedicarem parte das suas vidas para me educarem, por nunca medirem esforços para que eu conquistasse meus sonhos e por serem, sem nenhuma dúvida, os melhores pais que eu poderia ter. Agradeço à minha amiga-irmã Ilmara por sua amizade que me é fundamental, por sempre me motivar e me ver melhor do que eu sou; Aos amigos sanitaristas que fui ganhando ao longo da graduação: à Priscila por todo o companheirismo e amizade; ao Rekle Siriano, pelas trocas de conhecimento, pela paciência e por todos os momentos compartilhados; à Dábyla Fabriny, por todo o carinho e respeito; à Sandra Regina por todo o seu bom astral que por muitas vezes me contagiou; e à Jéssica Lorryne pelos sorrisos que facilmente consegue arrancar de mim e por sua constante presença nos meus dias. Agradeço à Islâne Martins pelo convite oportuno para participar da III Conferência Distrital de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência, realizada em 2012, sendo esse um dos fatores motivantes para a escolha do tema desta pesquisa, e por tudo que me ensinou através de nossas vivências; À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mariana Sodário por aceitar o desafio de me conduzir na construção deste trabalho, por sua tranquilidade e capacidade de me trazer para o foco quando por muitas vezes eu quis abraçar o “mundo” com meus pequenos braços; À Giuvanna pelo companheirismo nos momentos de coleta de dados, certamente sua presença tornou essa tarefa mais agradável e descontraída; Aos profissionais de saúde que se dispuseram a participar desta pesquisa; Aos professores da UnB Ceilândia por contribuírem positivamente com minha formação profissional; E à todos aqueles que torceram por mim. Obrigada!*

## RESUMO

No Brasil, o cuidado em saúde da pessoa com deficiência, em especial o da pessoa surda, tem sido um grande desafio para a gestão e gerência do setor, principalmente no que concerne ao cumprimento dos princípios e diretrizes instituídos pela Lei 8080 de 1990, demais portarias e normas operacionais complementares, bases jurídicas para a formulação de políticas e programas específicos para este e demais segmentos da população. No âmbito científico, ainda são incipientes os estudos envolvendo a análise da utilização das ações e serviços de saúde pelo Surdo, que não sejam aqueles voltados para a saúde auditiva em si. Assim, o presente trabalho, que tem como local de pesquisa as unidades de saúde da região administrativa de Ceilândia - DF, busca identificar, através das percepções dos profissionais de enfermagem, como o ambiente das práticas de saúde das unidades básicas tem possibilitado o uso dos serviços pelo usuário surdo, considerando que este indivíduo, além de sua necessidade específica decorrente da condição de surdez, possui também necessidades de saúde comuns a todos os cidadãos. Para esta análise este trabalho utilizou o método de pesquisa descritiva com abordagem quantitativa e qualitativa. Os resultados demonstram que a maioria dos entrevistados (90,9%), apesar de conhecerem a Língua brasileira de Sinais (LIBRAS), não têm formação nesta língua o que tem requerido no momento do atendimento ao paciente surdo o uso de estratégias de comunicação verbal e não-verbal por parte dos enfermeiros e ainda o apoio de intérpretes para que o atendimento seja efetivado. Este trabalho não busca ser mais uma repetição do que já se sabe a respeito da in(ex)clusão da pessoa com deficiência nos serviços de saúde, embora traga em parte da sua essência uma realidade já conhecida. De uma maneira geral, acredita-se que as discussões aqui levantadas podem trazer reflexões relevantes sobre as potencialidades e fragilidades do serviço no que se refere ao cumprimento das políticas públicas de saúde e da integralidade da assistência no contexto da Atenção Primária em Ceilândia – DF.

**Palavras-chave:** Surdez; Atenção Primária à Saúde; utilização; Acesso aos Serviços de Saúde; Enfermeiros.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AASI	Aparelhos de Amplificação Sonora
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF de 1988	Constituição da República Federativa do Brasil
DA	Deficientes auditivos
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
HRC	Hospital Regional da Ceilândia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LACEN	Laboratório Central
Libras	Língua Brasileira de Sinais
LS	Língua de Sinais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSPPD	Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade Saúde da Família

## **LISTA DE FLUXO**

Fluxo 1 – Componentes do acesso aos serviços de saúde segundo TRAVASSOS e MARTINS (2004), PAVÃO (2008); TOMASI (2011) e GOLDBAUM (2005).....	26
--	----

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo o perfil demográfico e profissional, Ceilândia, Distrito Federal, 2013.....	31
Tabela 2 - Formação em Língua Brasileira de Sinais (Libras), Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2013 .....	32
Tabela 3: Auxílio de um familiar, conhecido ou intérprete para realizar o atendimento, Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2013.....	34
Tabela 4: Conseguiria atender um paciente neste momento, Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2013*.....	39
Tabela 5: Na impossibilidade de ter um intérprete ou família/conhecido você atenderia um paciente surdo, Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2013.....	40
Tabela 6: Opinião dos enfermeiros sobre a inclusão do surdo nas ações e serviços de saúde da unidade, , Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2013.....	43

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 01: Centros de Saúde da Região Administrativa de Ceilândia – DF.....	28
Quadro 2: Demandas referidas pelo usuário surdo ou pelos intérpretes, familiares ou conhecidos do surdo no momento que procurou(aram) o Centro de Saúde, Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2013.....	33
Quadro 3: Práticas em saúde/conduas realizadas no momento do atendimento, Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2013.....	33

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Objetivo Geral.....	12
1.2 Objetivos Específicos .....	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 Surdo ou deficiente auditivo: uma breve compreensão conceitual.....	13
2.2 Sistema Único de Saúde (SUS) e Atenção Primária à Saúde (APS).....	14
2.3 Políticas Públicas de Saúde para a população surda no contexto da APS.....	17
2.4 Profissional de enfermagem e cuidado ao surdo na APS .....	20
2.5 Utilização dos serviços de saúde: explorando o fenômeno .....	22
3. METODOLOGIA.....	26
3.1 Aspectos éticos .....	26
3.2 Método de pesquisa .....	26
3.3 Área do estudo .....	26
3.4 Composição da amostra .....	27
3.5 Coleta de dados .....	28
3.6 Análise dos dados .....	28
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	29
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	46
6. REFERÊNCIAS .....	47
ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE .....	52
ANEXO 2 - Questionário .....	53

## 1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história o surdo foi visto através de diferentes racionalidades. Na Antiguidade Clássica, nos países Egito e Pérsia, era tido como um sujeito privilegiado enviado dos deuses e devido viver em silêncio, achava-se que ele conversava em segredo com essas divindades numa espécie de meditação espiritual (STROBEL, 2008). Já na Grécia e Roma, não eram considerados seres humanos completos, pois a condição de ser humano pressupunha o domínio da linguagem expressa pela fala (SILVA, 2003) e em consequência da ausência da oralidade, por vezes, foram julgados como pessoas desprovidas de inteligência e inferiores aos ouvintes e em alguns casos condenados à morte.

Na literatura observa-se que há maneiras mais prevalentes de compreender o surdo e abordar a condição de surdez que se fundamenta geralmente em duas perspectivas – a clínica-patológica e a sócio-antropológica. De acordo com Strobel (2008) a concepção clínico-patológica concebe a surdez como uma deficiência a ser eliminada e a concepção sócio-antropológica a interpreta como uma diferença a ser respeitada. Essas perspectivas determinam as formas de inclusão do indivíduo na sociedade e também a formulação de políticas públicas para este grupo, fato que entre todos os setores da sociedade fica mais evidente no campo da educação.

Levantamentos estatísticos do Censo Demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que entre os 45,6 milhões de brasileiros (cerca de 23,9% da população do país) que tem pelo menos uma deficiência, 9,7 milhões (5,1%) declaram ter deficiência auditiva. No Distrito Federal, em relação a um quantitativo de 574.275 pessoas que possuem algum tipo de deficiência, 5.818 não conseguem ouvir de modo algum, 16.720 ouve com grande dificuldade e 82.351 têm apenas alguma dificuldade para ouvir. (IBGE, 2010).

No que se refere à assistência a saúde, reconstituições históricas demonstram que a atenção aos deficientes surgiu com o caráter de atendimento elementar nas áreas de educação e de saúde e era desenvolvida em instituições filantrópicas (BRASIL, 2008). Em 1988 com a promulgação da nova e vigente Constituição da República Federativa do Brasil (CF de 1988), momento em que a saúde passa a ser um direito de todos os cidadãos e dever do Estado através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), há um avanço considerável na garantia dos direitos das pessoas com deficiência e todo o normativo trazido pela CF de 1988 torna-se a base jurídica para a formulação de legislações, normas e políticas públicas para este segmento populacional nas diversas esferas sociais.

No campo das políticas públicas de saúde, em resposta à necessidade de se assegurar os direitos e atender as particularidades desse grupo, cria-se políticas específicas onde suas ações estão orientadas exclusivamente para estas coletividades. A exemplo disso temos a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência – PNSPPD (2002), voltada para as pessoas com deficiência física, auditiva, visual, intelectual ou múltipla e ostomizados, e de forma mais específica ainda a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (2004), voltada para as pessoas surdas, denominadas comumente de deficientes auditivos (DA). Cada uma dessas Políticas estabelece diretrizes para a assistência do indivíduo considerando a rede assistencial proposta pelo SUS, o que significa dizer que a atenção à saúde das pessoas com deficiência contemplará pelos menos três níveis de complexidade fazendo ainda interfaces com outras políticas públicas, como a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2006), que é destinada a toda população, sem distinções.

Evidências científicas demonstram que há uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelo surdo, especialmente aos serviços da Atenção Primária à Saúde – APS. Estudos apontam que quando questionados sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, assuntos frequentemente abordados nas ações de prevenção e promoção à saúde na Atenção Primária à Saúde, os surdos têm apenas conhecimento parcial sobre o tema e estão em situação de risco para contrair doenças (FERNANDES, J. F.P. et.al. e FREIRE, D. B. et.al.). Estes achados permitem a elaboração de uma série de questionamentos, entre eles: *Considerando que o cuidado da surdez é feito quase que exclusivamente em nível hospitalar, os usuários surdos estão tendo acesso e utilizando às ações de saúde da Atenção Primária à Saúde ou estão sendo limitados apenas à atenção especializada? No modelo de atenção à saúde atual há uma tendência de assistência integral para o paciente surdo ou apenas assistência à sua deficiência/diferença? Até que ponto as Políticas Públicas estão conseguindo se efetivarem? O que tem sido uma barreira não só para o acesso, mas para a utilização das ações e serviços da Atenção Primária pelo paciente surdo?*

No âmbito científico ainda são incipientes os estudos envolvendo a análise da utilização das ações e serviços de saúde pelo Surdo, que não sejam aqueles voltados para a saúde auditiva em si, o que sinaliza a necessidade de maiores investigações nesta linha de estudo a fim de produzir conhecimento e subsídios para as ações políticas.

Assim como as demais áreas de conhecimento a Saúde Coletiva não poderia nem pode manter-se distante das discussões que refletem sobre as maneiras de garantir os direitos das pessoas com deficiência, muito pelo contrário, deve cada vez mais dedicar-se a incluir essa temática nas suas pesquisas e aprofundar os debates que já existem. Dessa maneira, explorar,

sob o aporte da Saúde Coletiva, que questões a análise da utilização das ações e serviços de saúde colocam, de maneira direta ou indireta, para o serviço como um todo e ainda para o trabalho dos profissionais de saúde e dos gestores ou gerentes das unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde, mostra-se pertinente, pois nos possibilita enxergar o problema com uma perspectiva diferenciada e conseqüentemente contribuir se não para a resolutividade destes, pelo menos para a minimização das desigualdades de acesso e utilização dos serviços.

De tal modo, com base no pressuposto acima, o presente trabalho, que tem como local de pesquisa as unidades de saúde em Ceilândia – DF, busca identificar, a partir de um estudo das percepções dos profissionais de enfermagem, como as práticas desempenhadas nas unidades básicas de saúde têm possibilitado ou não o uso dos serviços pelo paciente surdo, considerando que ele, além de sua necessidade específica decorrente da condição de surdez, possui também necessidades de saúde comuns a todos os cidadãos.

Ao longo deste estudo serão mostradas algumas bases teóricas que subsidiam a discussão do fenômeno da utilização no contexto da Atenção Primária à Saúde do SUS e será feita a descrição das percepções dos enfermeiros a respeito da assistência ao paciente surdo. Acredita-se que este trabalho pode trazer reflexões relevantes sobre as potencialidades e fragilidades do serviço no que se refere ao cumprimento das políticas públicas de saúde e da integralidade da assistência no contexto da Atenção Primária em Ceilândia – DF.

## **1.1 Objetivo Geral**

Analisar a utilização das ações e serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde pelo usuário Surdo sob a perspectiva dos enfermeiros das unidades básicas de saúde da Ceilândia - DF.

## **1.2 Objetivos Específicos**

- Identificar como se estabelece a interação entre profissional de enfermagem e usuários surdos no momento em que estes demandam atendimento;
- Verificar as percepções dos enfermeiros quanto às possíveis limitações e potencialidades do processo de trabalho da enfermagem e do serviço quanto à prestação de assistência ao surdo.

- Identificar que questões a análise da utilização das ações e serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde colocam para a organização do serviço e para o trabalho dos profissionais de saúde e dos gestores ou gerente destas unidades.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Surdo ou deficiente auditivo: uma breve compreensão conceitual**

A surdez e os Surdos podem ser vistos basicamente sob o ponto de vista biológico de sua perda auditiva e sob o ponto de vista de sua identidade. O primeiro enfoque é mais técnico, ou seja, a surdez é entendida a partir do nível de perda auditiva em decibéis (unidade para medição da intensidade sonora). O segundo enfoque dado à surdez percebe o Surdo a partir de sua identificação com a cultura Surda ou com a cultura ouvinte (PORTELA, 2011).

Existem diferentes nomenclaturas para definir as pessoas que não escutam em seus diferentes níveis de perda de audição e embora esses diferentes termos sejam comumente usados como sinônimos possuem cada um uma carga histórica e cultural que os diferenciam.

Denomina-se pessoa com déficit auditivo aquela que apresenta perda auditiva de leve a moderada e que não é totalmente surda. Entre as pessoas com déficit auditivo, estão aquelas que perderam a audição quando adultas ou as crianças com perda pós-lingual, ou seja, que perderam a audição após adquirir linguagem. (CARMOZINE, 2012)

Aqueles que apresentam perda auditiva de severa a profunda devem ser considerados surdos. Com essa nomenclatura, busca-se que essas pessoas assumam a própria surdez e as distinções contidas nela em relação aos ouvintes como o uso da Língua de Sinais (LS). Os surdos não se consideram deficientes, portanto os termos “deficiente auditivo”, “portador de deficiência” ou “pessoa com deficiência” são termos rejeitados, por sua carga pejorativa. (CARMOZINE, 2012).

Para, além disso, dentro da comunidade científica, a própria abordagem aplicada aos estudos da audição também pode direcionar o termo a ser utilizado: deficiente auditivo (DA) ou pessoa surda. O termo DA geralmente é utilizado em estudos que abordam essa condição na perspectiva clínico-patológica, com aspectos, muitas vezes “curativos” ou de elevação de limiares de percepção sonora como elementos para tratamento da surdez, como os aparelhos de amplificação sonora (AASI) e implantes cocleares. Na abordagem sócio-antropológica, o termo mais comumente utilizado é a surdez e o enfoque são os elementos integrantes da

cultura surda: suas especificidades, relações e língua, tal qual a Língua Brasileira de Sinais (Libras).

Acerca da LS, CASTRO JUNIOR (2011) afirma que:

“As Línguas de Sinais são reconhecidas “cientificamente” como língua, apresenta como qualquer língua os universais lingüísticos e os aspectos fonológicos, morfológicos, sintático e semântico-pragmático, mas usualmente são atingidas pelo preconceito lingüístico e estereótipos por seus usuários serem principalmente pessoas consideradas deficientes” (CASTRO JUNIOR, 2011).

A Libras é um sistema lingüístico visuoespacial, ou seja, faz uso da visão e do espaço em vez da audição e do som. Seus sinais são formados pela configuração de mãos e movimentos associados a pontos de referência no corpo e no espaço, podendo vir ou não acompanhados de expressão facial (CARMOZINE, 2012). Diferencia-se da mímica e dos gestos aleatórios e não se resume à soletração das palavras em português, pois há uma maneira própria de compor as frases. Do ponto de vista normativo, a Libras constitui-se como a segunda língua oficial do Brasil, regulamentada pela Lei nº 10.146 de 24 de abril de 2002 (BRASIL, 2002). Em 2005, o Decreto nº 5.626 (BRASIL, 2005), determinou que a Libras deve ser inserida como disciplina curricular obrigatória nos cursos de formação de professores para o exercício do magistério, em nível médio e superior, e nos cursos de Fonoaudiologia, de instituições de ensino, públicas e privadas, com o intuito de estimular a propagação da mesma e estimular o acesso do surdo às escolas do ensino regular. Entretanto, para os profissionais da área de saúde, a formação em Libras ainda é oferecida através de disciplinas optativas nos cursos de graduação, fator que pode dificultar a inserção do usuário surdo nos serviços de saúde existentes e a qualidade da relação entre esses futuros profissionais e usuários, comprometendo a integralidade e a humanização no cuidado (SOUZA E POROZZI, 2009).

## **2.2 Sistema Único de Saúde (SUS) e Atenção Primária à Saúde (APS)**

No Brasil, com a promulgação da Constituição Federal em 1988, os direitos humanos passaram a ocupar uma posição de destaque no ordenamento jurídico.

No âmbito da saúde, o Art. 196 da CF de 1988 veio universalizar o direito à saúde e destacar o papel do Estado como principal garantidor, afirmando que:

“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988)

Como forma de cumprir o direito à saúde instituiu-se, amparando-se nas discussões da sociedade civil e dos profissionais de saúde durante a Reforma Sanitária, o Sistema Único de

Saúde como novo modelo de atenção. Anteriormente ao SUS, o modelo de saúde adotado dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social; e os que não possuíam direito algum (Portal Ministério da Saúde), contudo, a proposta deste novo Sistema permitiu colocar estas categorias em situação de igualdade de oportunidade de acesso, o que fez do SUS um projeto social único que se concretiza por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da população.

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 que regulamenta o Sistema Único de Saúde estabelece no seu art. 7º que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo aos seguintes princípios norteadores: a universalidade; integralidade; equidade; igualdade da assistência à saúde; descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

O SUS se materializa em uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde e de pontos de atenção à saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Dessa maneira compõem a estrutura operacional das redes de atenção à saúde: o ponto primário; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. E o quinto, o componente que governa as relações entre os quatro primeiros (MENDES, 2010)

A Atenção Primária à Saúde, denominada também de Atenção Básica à Saúde (ABS), compõe o ponto primário da assistência ou o nível de menor densidade tecnológica do Sistema. Em aspectos conceituais é definida pela Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 como:

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2011).

Estas ações de saúde são desenvolvidas no espaço geográfico das unidades básicas de saúde – representadas pelos Centros de Saúde e os Postos de Saúde – ou ainda nos espaços sociais – como escolas e domicílios – por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Starfield (2002) define como atributos essenciais dos serviços de atenção primária: a prestação de serviço de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural. Além dos atributos a APS deve cumprir três funções essenciais: ser resolutiva - buscando resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; realizar a organização dos fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde; ter responsabilização pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam (MENDES, 2002).

No Brasil e em outros países do mundo há diferentes possibilidades de organização da Atenção Primária, havendo três categorias de organização principais: a APS como atenção primária seletiva, a APS como o nível primário do sistema de saúde e a APS como estratégia de reordenamento do sistema de saúde (TASCA, 2011).

O SUS, a partir de 1994, fez uma opção por se orientar pelo Programa Saúde da Família (PSF), que hoje ultrapassou os limites de um programa e é uma política do Estado brasileiro, presente na agenda dos gestores do SUS (HARZHEIM, 2011), sendo atualmente definido como Estratégia Saúde da Família (ESF). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2006) a ESF visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve:

I - Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam; II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde doença da população; III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e V - ser um espaço de construção de cidadania (Brasil, 2006).

Admite-se como um consenso entre os pesquisadores que a Atenção Primária à Saúde deve ser o centro de comunicação da RAS, ponto enfatizado pela Portaria do Ministério da Saúde GM nº 4.279 (BRASIL, 2010), o que implica em ter condições de ordenar não somente os fluxos e contrafluxos das pessoas, mas também dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes (OPAS, 2011), sendo que para isso deve ser a porta de entrada preferencial do usuário no sistema, com ações resolutivas sobre os problemas de saúde, articulando-se com os demais níveis de complexidade, formando uma rede integrada de serviços (MOURA et.al, 2013).

A organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica, sendo apontadas como mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite, 2010).

No que consiste à atenção à saúde da pessoa com deficiência, as Unidades Básicas de Saúde e da Saúde da Família devem prestar assistência às pessoas com deficiência como a qualquer cidadão (BRASIL, 2010), ou seja, a assistência da pessoa com deficiência se insere no mesmo modelo assistencial geral utilizado pelos demais cidadãos, não havendo assim uma segregação. Nesse contexto de assistência, a Atenção Primária mostra-se como um campo importante para o desenvolvimento de práticas de atenção à saúde voltadas para estes indivíduos, particularmente naquilo que tange à circulação e participação social, sob a ótica de inclusão e dos direitos de cidadania. Porém, este é um tema ainda pouco desenvolvido nas unidades básicas de saúde (OTHERO, 2009).

### **2.3 Políticas Públicas de Saúde para a população surda no contexto da APS**

Reconstituições históricas demonstram que a atenção aos deficientes surgiu com o caráter de atendimento elementar nas áreas de educação e de saúde e era desenvolvida em instituições filantrópicas (BRASIL, 2008). No Brasil, os primeiros discursos em prol dos direitos das pessoas com deficiência foram enunciados pelos seus pais e parentes, na década de 1960, contrapondo-se ao estado de segregação que lhe era imposto com o intuito de garantir o direito à convivência social (FRANÇA, 2009).

A Lei nº 7.853/89 e o Decreto nº 3.298/99 correspondem aos principais documentos normativos garantidores da cidadania das pessoas com deficiência (BERNARDES, 2009).

Dispõem sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (1999) e consolidam as normas gerais que asseguram o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiências e sua efetiva integração social nas áreas da educação, saúde, formação profissional e do trabalho, de recursos humanos e na área das edificações.

Integrados ao SUS, se estabelecem também como marcos importantes na área da assistência à pessoa com deficiência de um modo geral e ainda à pessoa surda: a “Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2002)”, a “Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (2004)”, o “Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite (2011)” e a proposta da “Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (2012)”.

Pode-se dizer a aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (Portaria MS/GM nº 1.060, de 05 de junho de 2002), voltada para as pessoas com deficiência física, auditiva, visual, intelectual ou múltipla e ostomizados, foi uma fundamental conquista deste grupo, pois esta política, além de propor como ações a proteção à saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências, tem ainda como propósito reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e de desempenho humano de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social.

No que diz respeito à Atenção Primária à Saúde, a PNSPPD estabelece que nesse nível a intervenção deve ter caráter individual, familiar, grupal e comunitária devendo organizar-se de forma complementar ao nível secundário especializado, onde os serviços deverão estar qualificados para desenvolver:

“Ações de prevenção primária e secundária – como, por exemplo, controle da gestante de alto-risco, atenção à desnutrição – detecção precoce de fatores de riscos – como controle da hipertensão arterial e combate ao tabagismo – bem como o atendimento às intercorrências gerais de saúde da população portadora de deficiência; e Ações básicas de reabilitação com vistas a favorecer a inclusão social, de que são exemplos orientações para a mobilidade de portadores de deficiência visual, prevenção de deformidades mediante posturas adequadas e estimulação da fala para portadores de distúrbios de comunicação” (BRASIL, 2008).

Além da PNSPPD outros documento e portarias foram elaborados com o intuito de assistir a população com deficiência. No período das últimas décadas desenvolveram-se então um conjunto de legislações e políticas públicas, sendo que a população surda de maneira particular é contemplada por legislações que se aplicam a todas as pessoas com deficiências, bem como por legislações específicas.

Em relação ao atendimento da população surda, o Ministério da Saúde publicou em 2004 a Portaria MS/GM nº 2.073 que veio instituir a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. O objetivo norteador dessa política é estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, que estabeleça uma linha de cuidados integrados no atendimento das principais causas da deficiência auditiva e determinar diretrizes para credenciamento de serviços de atenção básica, média e alta complexidade no atendimento da pessoa com deficiência auditiva (CFFA, 2011). Para a atenção básica são previstas ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde auditiva, da prevenção e da identificação precoce dos problemas auditivos, bem como ações informativas, educativas e de orientação familiar. Esta Política foca nas práticas de prevenção da DA e reabilitação no âmbito da média e alta complexidade, abordando, de forma incipiente, a operacionalização do cuidado no nível da Atenção Primária à Saúde (Portaria MS/GM nº 2.073, 2004)

Em 2011, com a finalidade de promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência, cria-se o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite, regulamentado pelo Decreto nº 7.612, de 17 de Novembro. São eixos de atuação do Plano Viver sem Limite: I - acesso à educação; II - atenção à saúde; III - inclusão social; e IV - acessibilidade.

No campo da saúde, o Plano Viver sem Limite busca intervir em seis itens que consistem na: 1) Ampliação e Qualificação da Triagem Neonatal, com implantação completa de todas as doenças do teste do pezinho; 2) Elaboração e publicação de Protocolos e Diretrizes Clínicas, a serem utilizados nos serviços de reabilitação do SUS e da Atenção Básica, com as temáticas: Triagem Auditiva Neonatal, Detecção e Intervenção Precoce e Prevenção de Deficiências Visuais, Diretrizes Clínicas para Pessoas com Deficiência Intelectual; Síndrome de Down, Autismo, Paralisia cerebral, Lesado medular, Acidente Vascular Encefálico (AVE), Amputados e Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE); 3) Ampliação e qualificação da rede de reabilitação do SUS, em parceria com instituições de referência nacional e implantação de 45 Centros de Referência em Reabilitação, garantindo atendimento das quatro modalidades de reabilitação (intelectual, física, visual e auditiva) em todas as unidades da Federação; 4) Qualificação e aumento da oferta de atendimento odontológico; 5) Investimentos no Transporte Sanitário para transporte das pessoas com deficiência severa e de baixa renda para acesso aos serviços de saúde; e 6) Garantia de órteses e próteses.

Diante do contexto das conquistas recentes, destaca-se a proposta da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, normatizada pela Portaria MS/SAS n° 793, de 24 de Abril de 2012. Anteriormente a esta proposta, o Ministério da Saúde estabeleceu, em 2004, a Portaria SAS/MS n° 587, que fomentou diretrizes para a criação de uma Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito dos Estados.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é constituída por três componentes: I - Atenção Básica; II- Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e III- Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. São objetivos gerais da Rede de Cuidados a ampliação e qualificação do atendimento às pessoas com deficiências, a promoção da vinculação das pessoas com deficiência e suas famílias aos pontos de atenção, garantia de articulação e integração dos pontos de atenção de forma a prestar atendimento integral com vista a promoção, prevenção, reabilitação, reinserção social e oferecimento de órteses e próteses.

No que cabe à Atenção Primária à Saúde, a Rede prevê sua organização tendo as Unidades Básicas de Saúde como pontos de coordenação do Sistema e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, quando disponíveis na localidade, como unidades que atuam de maneira integrada, sendo responsáveis por apoiar as Equipes de Saúde da Família e as Equipes de Atenção Básica no planejamento e execução das práticas de saúde.

A operacionalização da implantação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência se dará pela execução de quatro fases: Diagnóstico e Desenho Regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; Adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; Contratualização dos Pontos de Atenção; e Implantação e acompanhamento, pelo Grupo Condutor Estadual, da Rede de Atenção à Saúde.

#### **2.4 Profissional de enfermagem e cuidado ao surdo na APS**

A Enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade (ROCHA, 2000). Dentre os profissionais de saúde, os enfermeiros são os que mantêm contato maior com os usuários dos serviços de saúde (ROSENSTOCK e NEVES, 2010).

Segundo a PNAB (2006), suas atribuições no contexto da APS consistem em: planejar, gerenciar, supervisionar e avaliar a equipe de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), articular com as demais categorias profissionais e prestar assistência integral aos indivíduos e famílias na unidade básica ou unidade saúde da família - USF e, quando

indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), atuando em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.

O encontro clínico entre o profissional da saúde e a pessoa surda normalmente acontece fora dos padrões esperados na rotina de qualquer profissional (CHAVEIRO et al, 2010). Na maioria das vezes, ao recorrer a estes profissionais, o surdo se defronta com a falta de domínio de comunicação (CORRÊA, 2010).

A respeito da atuação do enfermeiro no cuidado das pessoas com deficiência e especialmente no cuidado das pessoas surdas, estudos sugerem que as dificuldades na assistência à saúde destas pessoas devem-se principalmente ao despreparo, pois ao longo do tempo, a sociedade costumava segregar esses indivíduos por considerá-los inválidos (FRANÇA E PABLIUCA, 2009). Em geral, os sentimentos dos enfermeiros e dos demais profissionais ao lidar com o surdo, são de frustrações, impotência e impaciência, por não conseguirem manter uma comunicação, seja através da linguagem gestual ou da leitura labial, havendo assim a tendência de transferirem a responsabilidade da comunicação para os familiares, muitas vezes passando despercebidas a angústia e as dificuldades que os usuários sofrem (GOMES, 2009).

Durante a graduação, percebe-se que não existe um preparo específico para atuar junto aos surdos (GOMES, 2009). Sobre a formação básica do profissional de enfermagem para o cuidado das pessoas com deficiência, SANTOS e SHIRATORI (2004) ressaltam que:

“Apesar da academia de enfermagem estar voltada para os princípios da humanização do cuidado e visão holística da saúde, não se observa no conjunto de ações e conhecimentos da formação dos enfermeiros, uma disciplina que fundamente melhor as condições de saúde dos deficientes, seus direitos e necessidades, o que, certamente, se devidamente considerados, facilitaria a inserção do profissional enfermeiro no contexto desses atores sociais, oferecendo de fato um atendimento humanizado para esta população” (SANTOS e SHIRATORI, 2004)

Como forma de suprir – mesmo que parcialmente – essa necessidade de profissionais capacitados para atender os surdos, o Decreto n° 5.625 (BRASIL, 2005) introduziu, no capítulo VII, que o atendimento às pessoas Surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços do Sistema Único de Saúde, bem como nas empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, seja realizado por profissionais capacitados para o uso da Libras ou para sua tradução e interpretação. Como relatado anteriormente, para os cursos de formação que não prevêem a Libras em sua grade curricular, principalmente os da saúde (entre elas, a Enfermagem), a Libras constitui-se como disciplina curricular optativa, o que não garante que os futuros profissionais saiam das instituições de

ensino com essa formação, restando aos próprios profissionais ou aos gestores das unidades de saúde o investimento em educação permanente ou a procura de intérprete na comunidade.

Acerca da Educação permanente a PNAB destaca que:

“A Educação Permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa)” (PNAB, 2006).

As atividades de um profissional da saúde requerem conhecimentos bem mais do que apenas competência técnica, sendo necessário o desenvolvimento de habilidades que permitam estabelecer com os pacientes relações de caráter interpessoal (MALDONADO, 2003). Ao enfermeiro, como profissional atuante na área da saúde e cuidador do surdo, cabe avançar então em estratégias diferenciadas de comunicação a fim de possibilitar a interação com o paciente e conseqüentemente efetivar os atendimentos (PAGLIUCA, 2007).

## **2.5 Utilização dos serviços de saúde: explorando o fenômeno**

Muito freqüentemente o termo utilização e acesso são compreendidos como o mesmo fenômeno. Embora ainda exista considerável debate sobre o conceito de acesso à saúde, a maior parte da literatura concorda que acesso não equivale à simples utilização do serviço de saúde (SANCHEZ, 2012) e o uso de serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele. A despeito de o acesso ser um importante determinante do uso, o uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

As primeiras tentativas de desenvolvimento de modelos teóricos sobre a utilização dos serviços de saúde datam das décadas de 50 e 60, destacando-se como precursores o modelo de crenças em saúde (década de 50) - que busca explicar o comportamento dos indivíduos em relação à saúde e ao uso de serviços, segundo suas crenças, intenções e percepções dos riscos - e o modelo de Andersen de 1968, sendo este o mais aplicado tanto nos estudos de utilização, quanto nos estudos de acesso (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Conceitualmente falando, o uso de serviços de saúde é uma interação entre os consumidores e os prestadores destes serviços, envolvendo tanto o contato direto com os serviços de saúde (consultas médicas, hospitalizações), como o indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos) (PAVÃO, 2008). São compreendidos como determinantes da

utilização dos serviços as necessidades de saúde dos usuários e as características da oferta dos serviços (TOMASI, 2011). Outros fatores como sexo, idade, disponibilidade de médicos, plano de saúde, mecanismos financeiros e o nível socioeconômico dos indivíduos também estão associados ao uso (PAVÃO, 2008).

Segundo Donabedian (1973) *apud* Pavão (2008), o conjunto de interações entre os profissionais de saúde e os seus usuários não ocorre em um vácuo, mas sim dentro de um ambiente organizacional. Além das UBS's, caracterizam-se também como espaços de práticas de saúde as escolas, o domicílio, locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e qualquer outro que comportem a ação de saúde planejada (PNAB, 2006).

A representação gráfica descrita no Fluxo 1, apresenta de um modo geral os componentes do acesso aos serviços de saúde e traça, didaticamente, alguns percursos possíveis que o usuário percorre no momento em que busca acesso e utilização das ações e serviços disponíveis no ponto de atenção primária à saúde. Vale destacar que o intuito desta representação é permitir ao leitor uma visualização dos fatores que estão associados ao fenômeno da utilização, cabendo ainda a possibilidade de ser adaptada e enriquecida.

A interpretação da representação nos permite ver que a procura ativa por intervenção e cuidados de saúde em um serviço pelo usuário é caracterizada como *demanda* ou necessidade (OTHERO, 2012). De acordo com Mendoza-Sassi & Béria (2001) *apud* Pavão (2008), os motivos pelos quais um indivíduo se consulta vão além da carga de morbidade que este possa estar sofrendo, o que significa que as demandas que o usuário pode apresentar ao serviço de saúde podem estar voltadas para o âmbito da saúde, no que se refere à promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, reabilitação e tratamento, quanto para o âmbito social. (Fluxo 1).

Embora haja demanda, as escolhas individuais são cruciais para o consumo de serviços de saúde (TRAVASSOS, 2000). Estas escolhas referem-se aos fatores predisponentes do indivíduo: os demográficos, os da estrutura social e as crenças em saúde, que de acordo com Pavão (2008) são:

“Os fatores demográficos, como idade e sexo, são aqueles que representam características biológicas pré-determinadas, as quais conferem maior chance ao indivíduo de vir a necessitar dos serviços de saúde. Os fatores de estrutura social, como escolaridade, ocupação e raça, determinam o status do indivíduo na comunidade, sua habilidade em lidar com problemas e o quão saudável ou não é o ambiente físico em que ele vive. As crenças em saúde são atitudes, valores e conhecimento que os indivíduos têm sobre sua saúde e sobre os serviços de saúde, que irão influenciar a sua percepção de necessidade e, conseqüentemente, o uso de serviços” (PAVÃO, 2008).

O tipo de serviço procurado/escolhido dentro de uma gama que inclui unidades básicas de saúde, prontos atendimentos, prontos-socorros, ambulatorios ou clínicas especializadas, e hospitais, públicos ou privados, além de ser determinado pelos valores sociais e culturais associados aos fatores predisponentes (GOLDBAUM, 2005), depende de outro fator inerente aos componentes do acesso aos serviços de saúde, que seriam os fatores capacitantes, relacionados à proximidade, à disponibilidade, acessibilidade e à quantidade de serviços e recursos disponíveis para a população.

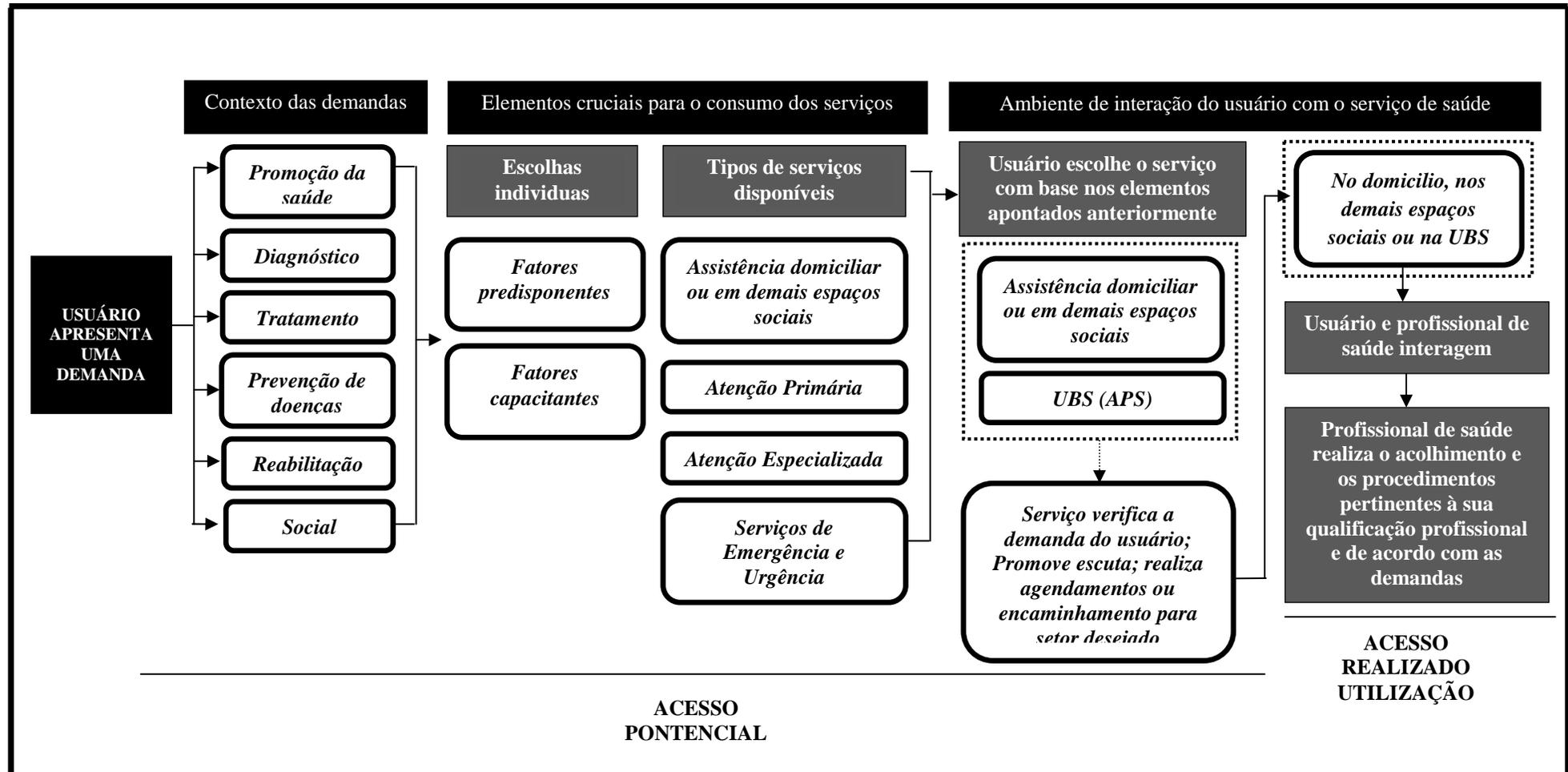
Ao analisar esse arranjo de fatores percebe-se que o acesso é concebido como o conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabiliza a entrada de cada usuário, ou paciente, na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade (VIACAVA et al, 2012). O acesso pode ser compreendido a partir de duas dimensões: a do acesso potencial: que envolve a presença de fatores predisponentes e fatores capacitantes que determinam a possibilidade de acesso ao serviço; e a do acesso realizado que envolve o efetivo uso dos serviços de saúde, por meio de uma interação do usuário com os recursos disponíveis (tecnologias leves e leves-duras).

O desfecho do acesso não se dá com a utilização do serviço, mas com a satisfação do consumidor, sendo esse elemento uma maneira de avaliar o próprio uso de serviços (PAVÃO, 2008). Dessa maneira o resultado do acesso potencial pode ser medido pelo uso de serviços (acesso realizado) e o do acesso realizado (uso) pelo acesso efetivo e eficiente (TRAVASSOS, 2004).

Neste trabalho, o principal foco está no estudo do uso dos serviços de atenção primária, analisado a partir do momento em que o usuário surdo ultrapassa os fatores determinantes para o uso – localização geográfica, cultura médica local, ideologia do prestador, tipo e quantidade de serviço e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos) disponíveis, os fatores inerentes as escolhas individuais como crenças, intenções e percepções de risco de adoecimento (TRAVASSOS, 2000) – e depara-se com a dimensão do contato com as tecnologias leve e leve-dura disponíveis no serviço, representadas pelos profissionais de saúde e equipamentos.

Dessa maneira os resultados desta pesquisa buscam explorar apenas um dos componentes do acesso que é a utilização do serviço, ou seja, o momento em que acontece a interação entre profissional de saúde, recursos tecnológicos e usuário. Este estrato de análise nos permite analisar apenas aqueles que conseguiram acessar o serviço, não envolvendo assim aqueles que não conseguiram acesso e não se atém também à etapa seguinte do acesso que seria a avaliação da utilização.

Fluxo 1 – Componentes do acesso aos serviços de saúde segundo TRAVASSOS e MARTINS (2004), PAVÃO (2008); TOMASI (2011) e GOLDBAUM (2005).



Fonte: Elaborado pela autora com base nas referências: TRAVASSOS e MARTINS (2004), PAVÃO (2008); TOMASI (2011) e GOLDBAUM (2005).

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Aspectos éticos**

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), sendo acompanhado pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 13649913.5.0000.5553, e cumpriu com as normativas do Conselho Nacional de Saúde, Resolução N° 196, de outubro de 1996 (BRASIL, 1996).

#### **3.2 Método de pesquisa**

Este estudo foi orientado pela pesquisa de natureza descritiva e teve abordagem quantitativa e qualitativa.

De acordo com Gil (1977, p. 46) as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Foi objeto de descrição deste trabalho as representações dos enfermeiros acerca do fenômeno da utilização das ações e serviços de saúde da Atenção Primária pelo paciente surdo.

A respeito da abordagem do estudo Bardin (1977) afirma que:

“A abordagem quantitativa e a qualitativa não tem o mesmo campo de ação. A primeira obtém dados descritivos através de um método estatístico (...) esta análise é mais objetiva, mais fiel e mais exata, visto que a observação é mais bem controlada. Sendo rígida esta análise é, no entanto, útil, nas fases de verificação das hipóteses. A segunda corresponde a um procedimento mais intuitivo (...) É válida, sobretudo, na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa, e não em inferências gerais. (p.115)”.

#### **3.3 Área do estudo**

Ceilândia é uma das Regiões Administrativas do Distrito Federal, apresenta um território de 29,10 km<sup>2</sup> e tem uma população estimada em 398.374 habitantes (PDAD 2010/11, 2011). Sua rede de serviços públicos de atenção à saúde, que está subordinada à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES – DF), conta com treze unidades

básicas de saúde – onze centros de saúde e dois postos de saúde, onde, destes, cinco possuem estratégia saúde da família (ESF); um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS ad; uma unidade hospitalar (Hospital Regional da Ceilândia - HRC) e um Laboratório Central (LACEN) (SES-DF).

Foram elencados como locais de pesquisa deste estudo os Centros de Saúde da cidade de Ceilândia (Quadro 1) que se encontram dispersos por quase todos os bairros da cidade ou são referência para estas localidades – Ceilândia Centro, Ceilândia Sul, Ceilândia Norte, Guariroba, P Sul, P Norte, Setor O, Expansão do Setor O, QNQ, QNR, Setores de Indústria e de Materiais de Construção, Incra (área rural da cidade) e setores Privê, Pôr do Sol e Sol Nascente, outros bairros que encontram-se em fase de legalização.

Quadro 01: Centros de Saúde da Região Administrativa de Ceilândia – DF

Centros de Saúde da Região Administrativa de Ceilândia – DF
Centro de Saúde nº 02 da Ceilândia
Centro de Saúde nº 03 da Ceilândia
Centro de Saúde nº 04 da Ceilândia
Centro de Saúde nº 05 da Ceilândia
Centro de Saúde nº 06 da Ceilândia
Centro de Saúde nº 07 da Ceilândia
Centro de Saúde nº 08 da Ceilândia
Centro de Saúde nº 09 da Ceilândia
Centro de Saúde nº 10 da Ceilândia
Centro de Saúde nº 11 da Ceilândia
Centro de Saúde nº 12 da Ceilândia

### 3.4 Composição da amostra

Os sujeitos desta pesquisa foram os profissionais de enfermagem, de nível superior, inseridos em serviços de Atenção Primária à Saúde em Ceilândia-DF. Julgou-se pertinente a escolha dos membros da equipe de enfermagem, entre as demais partes da equipe multiprofissional, pois estes são os profissionais com maior capilaridade dentro do serviço, uma vez que atuam em diferentes setores da unidade e ficam mais próximos do paciente trabalhando mais diretamente na prestação de cuidados, o que para este estudo representa um fator positivo na análise da utilização do serviço.

Foram convidados a participar todos os profissionais atuantes em serviços de APS dentro do território de estudo, independente do tempo de serviço e/ou atuação no mesmo. Para sua inclusão na pesquisa, cada participante teve que respeitar dois critérios: ser profissional

enfermeiro atuante na Atenção Primária à Saúde e aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 1).

### **3.5 Coleta de dados**

Os dados foram coletados através de um questionário semi-estruturado de auto-preenchimento (Anexo 2), que abordou as seguintes temáticas: 1. Perfil demográfico dos entrevistados; 2. Formação profissional; 3. Experiência/formação em surdez; 4. Práticas em saúde realizadas com enfoque na população surda; e 5. Aspectos referentes à organização dos serviços.

Quanto ao processo de coleta de dados, primeiramente, os profissionais foram convidados a participar do presente estudo através de um contato das pesquisadoras no local do serviço de cada sujeito e apresentação dos objetivos do projeto. Posteriormente, para os profissionais que aceitaram participar, foi entregue o TCLE e o questionário, que foi recolhido em um prazo pré-acordado entre entrevistado e pesquisadoras. O questionário foi preenchido pelo sujeito da pesquisa, em horário e ambiente que julgou mais apropriado, para garantir o não constrangimento do mesmo, conforme a Resolução 196/96 do código de ética em pesquisas. Para as questões em que houve dúvidas quanto ao preenchimento, foi disponibilizado o suporte das pesquisadoras, com assistência presencial em local privado na unidade e ainda via telefonema ou por meio de endereço eletrônico, resguardando o sigilo da conversa.

A coleta de dados foi realizada em todos os Centros de Saúde da cidade durante o período de um mês, o que contabilizou onze unidades visitadas. Foram distribuídos 55 questionários, dos quais 44 foram respondidos, oito foram recolhidos em branco e três não foram devolvidos, caracterizando taxa de resposta de 80%. O recolhimento dos questionários foi feito em dias e horários pré-acordados entre as pesquisadoras e os entrevistados, geralmente ocorrendo aproximadamente três vezes em cada unidade.

### **3.6 Análise dos dados**

Os dados estatísticos foram processados com o auxílio dos softwares EpiInfo 6.0 e Excel e descritos através da frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio-padrão.

Os dados qualitativos foram consolidados por meio da descrição das respostas, respeitando a integridade das falas dos pesquisados.

Utilizou-se como método de análise dos dados qualitativos a técnica de “análise de conteúdo” que de acordo com Bardin (1977), consiste em:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 1977, p.42).

A descrição e análise do conteúdo das comunicações dos entrevistados foram realizadas por meio da classificação dos elementos da fala em categorias. A categorização tem como primeiro objetivo, fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos, sendo que a comparação de textos submetidos a um mesmo conjunto de categorias permite a interpretação dos resultados obtidos de maneira relativa (BARDIN, 1977).

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os resultados desta pesquisa caracterizam a utilização das ações e serviços de saúde da Atenção Primária na cidade de Ceilândia sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem que já atenderam e dos que não atenderam um paciente surdo. As informações aqui expressas fundamentam-se paralelamente nos discursos dos entrevistados sobre suas vivências no cotidiano da assistência à saúde da população surda e na revisão de literatura acerca do assunto em questão.

Os entrevistados têm em média 43 anos de idade (DP=8,5), 15 anos de formação no ensino superior de enfermagem (DP=9) e cerca de 8,3 anos (DP=7,6) atuando nos setores da gerência e da assistência a saúde da unidade a qual foi aplicada a pesquisa. Entre os sujeitos de amostra, 70,5% já prestaram atendimento à um paciente surdo e 29,5% até o momento da coleta dos dados não havia atendido nenhum paciente surdo (Tabela 1).

O quantitativo dos entrevistados que conhecem ou não a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (PNSPPD), expresso no final da Tabela 1, é um dado que de alguma maneira também caracteriza a população de estudo. Observa-se que cerca de 61,4% da amostra tem pouco conhecimento sobre a PNSPPD. Essa situação parece refletir, além do mero conhecimento do normativo da Política, a maneira como as unidades e seus profissionais organizam a prestação de serviços de saúde para a população surda.

**Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo o perfil demográfico e profissional, Ceilândia, Distrito Federal, 2013**

<b>Características</b>	<b>Freq. Absoluta (Nº)</b>	<b>Freq. Relativa (%)</b>
<b>Gênero</b>		
Feminino	38	86,4%
Masculino	06	13,6%
Total	44	100%
<b>Idade (Anos)</b>		
Média	43	-----
Desvio Padrão	8,5	
<b>Tempo de Enfermagem (Anos)</b>		
Média	15	-----
Desvio Padrão	9	
<b>Tempo na Unidade (Anos)</b>		
Média	8,3	-----
Desvio Padrão	7,6	
<b>Setor que trabalha</b>		
Chefia do Centro de Saúde	04	9%
Chefia de Enfermagem	10	23%
Vigilância Epidemiológica	05	11%
ESF – Estratégia Saúde da Família	03	7%
PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde	02	5%
HIPERDIA – Programa de hipertensão e diabetes	04	9%
Programa Saúde da Criança	04	9%
Programa Saúde da Mulher	06	14%
Sala do adulto	03	7%
Curativo	01	2%
Acolhimento	01	2%
Todos	01	2%
Total	44	100%
<b>Já atendeu um paciente surdo</b>		
Não	13	29,5%
Sim	31	70,5%
Total	44	100,0%
<b>Conhece a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência</b>		
Conhece pouco	27	61,4%
Não conhece	17	38,6%
Total	44	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa

No que se refere à formação em Libras (Tabela 2), 90,9% dos entrevistados sabem que a língua existe, porém declaram não possuir conhecimento na mesma. Dos 9,1% que já

realizaram a capacitação nessa modalidade de comunicação, 50% obteve a informação por meio de um treinamento oferecido pela Secretaria de Saúde do DF e os demais obtiveram algum conhecimento em Libras por meio de uma disciplina na Faculdade (25%) e por meio de um curso oferecido por uma Universidade (25%). A respeito deste assunto o estudo de França (2011), sobre as dificuldades dos profissionais de saúde durante o atendimento ao surdo, demonstra que grande parte dos seus entrevistados (98,1%) embora também conheçam ou já tenham ouvido falar da Libras não conseguem se comunicar por meio dela.

**Tabela 2 - Formação em Língua Brasileira de Sinais (Libras), Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2013**

<b>Formação em surdez</b>	<b>Freq. Absoluta (Nº)</b>	<b>Freq. Relativa (%)</b>
<b>Já fez algum curso de Libras?</b>		
Não, mas sei que língua é essa.	40	90,9%
Sim	04	9,1%
Total	44	100,0%
<b>Local de realização/instituição que promoveu o curso</b>		
Disciplina na Faculdade	01	25,0%
Secretaria de Saúde	02	50,0%
Curso oferecido por uma Universidade	01	25,0%
Total	04*	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa

\* Total referente ao número de entrevistados que afirmaram já ter feito algum curso de Libras.

Sobre as queixas ou demandas referidas pelo usuário surdo ou pelos intérpretes, familiares ou conhecidos no momento que procurou(aram) o Centro de Saúde, observa-se que estas demandas vão além da carga de morbidade, ou seja, não se concentram apenas no âmbito clínico, mas perpassam pelo social (Quadro 2). Entre as morbidades e demais necessidades apresentadas pelo paciente a gripe, tosse, amigdalite, vômito foram citadas por mais vezes (Quadro 2). De maneira semelhante Cardoso et al apud Freire et al (2009), em um estudo de análise qualitativa, descrevem que as razões mais frequentes de busca aos serviços de saúde no nível hospitalar, por pessoas com surdez severa ou profunda, foram: dor de cabeça, dor de estômago, motivos relacionados à gestação, dor de ouvido e tosse. Todas estas são queixas que podem ser manejadas no nível ambulatorial.

**Quadro 2: Demandas referidas pelo usuário surdo ou pelos intérpretes, familiares ou conhecidos do surdo no momento que procurou(aram) o Centro de Saúde, Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2013**

<b>Demandas referidas pelo usuário surdo ou pelos intérpretes, familiares ou conhecidos do surdo no momento que procurou(aram) o Centro de Saúde</b>
Amigdalite; Dor de dente; Diabetes; Hipertensão; Febre; Fraturas; Cortes na pele; Teste de gravidez; Pré-natal; Dermatite; Tosse; Diarréia; Gripe; Vômito; Tratamento de hanseníase; Problema urológico; Planejamento familiar; Acompanhamento de filho na consulta de Crescimento e Desenvolvimento (CD) da pediatria; Solicitação de encaminhamento para emissão de carteirinha de deficiente

Fonte: Dados da pesquisa

**Quadro 3: Práticas em saúde/condutas realizadas no momento do atendimento, Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2013**

<b>Práticas em saúde/condutas realizadas no momento do atendimento</b>
Acolhimento (Pré-consulta); Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD); Consulta de enfermagem; Acompanhamento do tratamento de hanseníase; Acompanhamento da hipertensão e diabetes; Avaliação dermatológica; Vacinação; Planejamento Familiar; Curativo; Teste de HIV e Sífilis; Coleta de material biológico para exame laboratorial; Pedido de Exame; Encaminhamento para consulta médica; e Encaminhamento para marcação de consulta.

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação à interação profissional-usuário no momento do atendimento, 78,1% dos entrevistados afirmaram que precisaram do auxílio de um terceiro para comunicar-se com o paciente (Tabela 3). Os sujeitos que não precisaram de um facilitador correspondem à 21,9% da amostra e justificam a possibilidade de atendimento devido os pacientes serem alfabetizados o que possibilitou a comunicação por meio da escrita. Em três dos seis casos onde não foi necessário intérprete ou familiar/conhecido tradutor, o paciente estava sozinho. (Tabela 3). No estudo de OLIVEIRA (2009), a maior parte dos entrevistados respondeu afirmativamente quando perguntados se encontraram dificuldade para interagir com o Surdo. Em relação à necessidade do intérprete no momento do atendimento, cerca de 53,84%, ou

seja, mais da metade dos participantes referiram achar importante a presença do acompanhante se o deficiente auditivo não souber fazer leitura labial.

**Tabela 3: Auxílio de um familiar, conhecido ou intérprete para realizar o atendimento, Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2013**

<b>Precisou do auxílio de um familiar, conhecido ou intérprete para realizar o atendimento</b>	<b>Freq. Absoluta (Nº)</b>	<b>Freq. Relativa (%)</b>
Não	06	21,9%
Sim	25	78,1%
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0%</b>
<b>A pessoa que acompanhava o paciente era:</b>		
Familiar-Conhecido	23	82,1%
Intérprete	01	3,6%
Não souberam dizer	01	3,6%
O paciente estava sozinho	03	1,7%
Total	28	100,0%
Dados omissos*	02	-
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Dados da pesquisa

\* Campo não preenchido pelos entrevistados

Com base nos dados qualitativos que fazem referência sobre as percepções dos enfermeiros no momento do atendimento, ou seja, quando se efetiva a utilização dos serviços através da interação da tecnologia leve (enfermeiro) com o usuário surdo, foram estabelecidas as seguintes categorias: Categoria 1: Sentimentos dos entrevistados ao se deparar com o paciente surdo; Categoria 2: Percepções dos entrevistados em relação a presença do intérprete no momento do atendimento, com as Subcategorias 2.1: Facilitador da comunicação, Subcategoria 2.2: Ausência de vínculo com o paciente, Subcategoria 2.3: Qualidade e fidedignidade da informação transmitida e Subcategoria 2.4: Privacidade, autonomia e independência social do paciente; Categoria 3: Estratégias que seriam utilizadas pelos profissionais para o atendimento na ausência de um intérprete, com as Subcategorias 3.1: Comunicação não-verbal, Subcategoria 3.2: Comunicação verbal por meio da escrita, Subcategoria 3.3: Uso da comunicação não-verbal e comunicação verbal por meio da escrita e Subcategoria 3.4: Necessidade de ajuda de outro profissional ou pessoa capacitada para fazer o atendimento ou traduzir; e Categoria 4: Organização dos serviços e Sugestões para

melhorar a comunicação entre os profissionais de enfermagem e as pessoas com deficiência auditiva. Todas as categorias foram preenchidas apenas pelos profissionais que na sua carreira na APS atenderam algum paciente surdo, com exceção da categoria 3 e suas subcategorias e da categoria 4 que foram preenchida por todos os entrevistados, os que atenderam e os que não atenderam algum paciente surdo.

Na descrição das falas dos pesquisados os termos apresentados entre (...) - parênteses foram escritos pelos próprios sujeitos da pesquisa, já os termos apresentados entre [...] - colchetes representam uma intervenção das pesquisadoras para contextualizar e facilitar o entendimento da escrita dos entrevistados.

### **Categoria 1: Sentimentos dos entrevistados ao se deparar com o paciente surdo**

*“Fiquei constrangida por não saber libras” [E1]*

*“Senti-me frustrado e constrangido por não saber o que ele [o paciente] queria além de perceber a inquietação do mesmo naquela situação ‘vechatória’” [E8].*

*“Difícil, mas o marido [acompanhante] explicou com mais detalhe como ela [paciente] estava.” [E37]*

A comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidado de enfermagem que vislumbra uma melhor assistência ao usuário e à sua família (ORÍÁ, 2004). O não conhecimento da Língua Brasileira de Sinais demonstra-se como um fator que dificulta e limita o processo de assistência à saúde do surdo e também como um elemento que desencadeia sentimentos de impotência, frustração e constrangimento nos entrevistados.

Em um estudo sobre aspectos da comunicação da enfermagem com o deficiente auditivo, Pabliuca et al (2007) revelaram que profissionais de enfermagem mostraram-se inseguros ao se relacionarem com os surdos por não conhecerem a língua utilizada por eles, pela falta de habilidade em transmitir a informação sobre sua saúde, pela falta de formação durante a carreira acadêmica e até pela inexperiência. No estudo de Gomes et al (2009) os enfermeiros quando questionados sobre seus sentimentos ao cuidar usuários surdos e/ou portadores de deficiência auditiva relataram terem sentido medo, ansiedade, angústia, frustração e negação, sentimentos que podem ser considerados como uma reação natural que se produz diante de situações inesperadas. Já no estudo de Dantas et al (2012) a respeito do contato com o surdo alguns profissionais relataram facilidades no processo de comunicação com pessoas com deficiência sensorial, essas facilidades dizem respeito em sua maioria a

características pessoais dos profissionais, como a sensibilidade, também a ajuda decorrente da presença dos acompanhantes e da própria desenvoltura da pessoa deficiente em estabelecer uma comunicação.

## **Categoria 2: Percepções dos entrevistados em relação a presença do intérprete no momento do atendimento**

Os surdos, na grande maioria das vezes, precisam de pessoas que traduzam suas emissões para os profissionais e vice-versa, emergindo, assim, a necessidade de intermediação (CARDOSO, 2006).

Embora o capítulo VII do Decreto de Lei nº 5626, de 22 de dezembro de 2005, que regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002 e trata da "garantia do direito à saúde das pessoas Surdas ou com deficiência auditiva", tenha determinado o atendimento às pessoas Surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como nas empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, seja realizado por profissionais capacitados para o uso de Língua de Sinais Brasileira (Libras) ou para a sua tradução e interpretação, o que se observa atualmente ainda é uma dificuldade ou mesmo incapacidade destes profissionais em estabelecer uma comunicação efetiva com os pacientes surdos, cabendo a um familiar, um conhecido ou um profissional intérprete de Libras particular ou voluntário intermediarem o atendimento.

Em uma sociedade onde prevalece a cultura ouvinte a pessoa que traduz, profissionalmente ou não, a linguagem verbal para a linguagem visual-espacial assume um papel importante, uma vez que sua ação colabora para a integração da pessoa surda nos contextos da sociedade.

Na análise dos dados observou-se que os profissionais valorizam a presença do intérprete ou familiar/conhecido intermediando o atendimento, pois é uma forma de superar as limitações da comunicação e uma possibilidade para a efetivação do atendimento. Dessa forma o intérprete ou familiar/conhecido é visto como um facilitador da comunicação, assim como mostra as falas abaixo:

### **Subcategoria 2.1: Facilitador da comunicação**

*“Facilita entender o que o paciente está sentindo” [E6]*

*“Facilita o entendimento e o entrosamento entre cliente-profissional” [E8]*

*“Bom [Entrevistado falando da importância do intérprete], pois não dá pra dominar a linguagem de sinais” [E11]*

*“Foi tranquilo porque ela estava com a mãe que era uma pessoa comunicativa e passava tranquilidade para ela e claro para mim” [E17]*

*“Pelo menos conseguimos nos comunicar indiretamente e saber a queixa do paciente” [E19]*

*“Ajudou muito, pois não consigo entender os sinais, foi de grande valia no atendimento.” [E33]*

*“Foi mais fácil, pois se tem certeza que as orientações vão ser bem entendidas por eles” [E. 34]*

*“Deixa o paciente mais seguro e confiante” [E37]*

*“Ajuda no fornecimento de informações e nas orientações” [42]*

*“Dá Agilidade e resolutividade” [E44]*

Apesar de facilitar o processo de comunicação e de viabilizar o atendimento os entrevistados apontam algumas questões que estão atreladas à presença do tradutor na consulta, como:

### **Subcategoria 2.2: Estabelecimento de vínculo com o paciente**

*“Não poder comunicar diretamente com o paciente” [E1]*

*“Parece que você está atendendo o acompanhante pelo fato de não falar com o paciente.” [E35]*

*“Não me senti a vontade. Não me senti interagindo com o usuário.” [E44]*

O vínculo traz benefícios tanto para o usuário quanto para o profissional. Para o usuário, ele se traduz em segurança, apoio e afeto e para o profissional representa conquista de reconhecimento por parte do usuário bem como se configura como gerador de satisfação e prazer pelo trabalho realizado (SILVA, 2009).

Os entrevistados apontam que há uma dificuldade para se estabelecer um vínculo com o paciente no momento do atendimento e de acordo com Baratieri (2012) o vínculo não é construído unilateralmente, ele requer que o profissional e usuário visem a objetivos comuns, estabeleçam aproximações e consensos a partir de uma boa interação e se responsabilizem pelo cuidado, favorecidos por uma boa relação. A não comunicação direta com o paciente, mas sim com o intérprete acaba por dar uma sensação de que se está invertendo os papéis do intérprete e paciente, transformando o intérprete no sujeito principal a qual o atendimento se destina, enquanto o surdo fica marginalizado e distante de toda a interação. A respeito disso SANTOS e SHIRATORI (2004) destacam que o fato de um dos familiares se comunicarem com o enfermeiro, acaba privando o paciente surdo de falar sobre sua dor, seus problemas,

suas necessidades, seu dia-a-dia e um atendimento desta maneira não assiste o ser na sua integralidade, realizando-se um atendimento desumano.

### **Subcategoria 2.3: Qualidade e fidedignidade da informação transmitida**

*“Pode haver um certo exagero por parte do familiar” [E6]*

*“Foi tranquilo. Mas a dúvida que ficou foi: Será que a filha realmente passou o que eu quis dizer?” [E 36]*

*“Incerteza sobre "como" a informação foi passada.” [qualidade da informação] [E36]*

*“Estranho, pois fica impressão de que não se traduz tudo, daí o dialogo fica bem limitado” [E 11]*

Quanto à qualidade e fidedignidade da informação transmitida pelo intérprete, os entrevistados retratam uma preocupação a respeito da maneira como a situação clínica do paciente vai ser traduzida para o profissional, podendo haver dificuldade para mensurar a gravidade do problema de saúde ou morbidade apresentada. Outra preocupação é sobre como a orientação profissional vai ser passada para o paciente, se haverá perdas de informação ou se esta será devidamente compreendida pelo paciente.

### **Subcategoria 2.4: Privacidade, autonomia e independência social do paciente**

*“Tive facilidade, porém não é uma comunicação de qualidade. Fica limitada, não respeita o sigilo da consulta nem a privacidade do paciente” [E10]*

*“Presença de um familiar que não sabe libras, que acaba deixando o paciente nervoso” [E3]*

*“Possível constrangimento por parte do usuário” [E5]*

*“Falta de privacidade, acredito que sem a presença de um terceiro seria mais abrangente” [E7]*

*“Dependendo do contexto é constrangedor (intimidador para o cliente)” [E8]*

*“Limita a comunicação, não resguarda o sigilo da informação, tira a privacidade do paciente” [E10]*

*“Pode ser que informações íntimas e mais pessoais possa ser omitida porque o paciente não se sente a vontade para informar para o acompanhante.” [E42]*

Outra questão observada pelos entrevistados foi o comprometimento da privacidade e sigilo dos atendimentos. Sobre isso o estudo de Oliveira (2009) destaca que o acompanhante

pode ser de extrema importância quanto a ser o elo de comunicação entre profissional e surdo, porém, pode também ser um problema, pois fere a privacidade e a individualidade do sujeito, que pode omitir importantes informações sobre sua saúde, por constrangimento, vergonha. De acordo com Chaveiro et al (2010) a atuação do intérprete pode melhorar, mas não é decisiva para um atendimento de qualidade e que ao traduzir as informações do profissional da saúde à pessoa surda, a responsabilidade do intérprete torna-se maior, devido às questões éticas que exigem as diversas situações na área da saúde.

Em relação ao atendimento intermediado por um intérprete, Dantas et al (2012) trouxe uma reflexão interessante, dizendo não saber se ao optar por esse tipo de comunicação os profissionais assim o faziam ou fazem por não conhecerem outra forma de comunicação ou se na verdade estariam poupando seus esforços, tempo e criatividade para usarem de estratégias para se comunicarem diretamente com o paciente. Assim como Dantas e seus colaboradores este estudo neste momento também não consegue responder esta questão, valendo ressaltar este assunto como uma temática pertinente para estudos posteriores.

Dando continuidade à apresentação dos dados que esta pesquisa traz, observou-se que entre os entrevistados que não atenderam nenhum paciente surdo até o momento da coleta dos dados (n=13), 77,0% considera que conseguiria prestar atendimento com o auxílio de um intérprete, caso surgisse a demanda de atendimento de um paciente surdo naquele instante. 15,3% atenderia sem auxílio de intérprete, porém sob a condição de que o paciente fosse alfabetizado, 7,7% não atenderia de nenhuma maneira, pois julga o atendimento impossível de ser realizado (Tabela 4).

**Tabela 4: Conseguiria atender um paciente neste momento, Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2013\***

<b>Nesse momento você conseguiria atender um paciente surdo</b>	<b>Freq. Absoluta (Nº)</b>	<b>Freq. Relativa (%)</b>
Não	1	7,7%
Sim, com intérprete	10	77,0%
Sim, sem intérprete	2	15,3%
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Dados da pesquisa

\* Para os resultados apresentados acima, os 13 profissionais que não atenderam nenhum paciente surdo foram considerados como 100% da amostra, ou seja, os dados referem-se a este grupo específico.

### **Categoria 3: Estratégias utilizadas pelos profissionais para o atendimento na ausência de um intérprete**

A barreira de comunicação é verificada na interação entre surdos - profissionais de saúde, portanto, torna-se indispensável que ambos encontrem formas de interagirem-se para garantir uma assistência de melhor qualidade (BARBOSA, 2003). Quando entramos em contato com o outro, inevitavelmente estaremos nos comunicando, seja através de linguagem verbal ou não verbal (BASTOS, 2010). Dessa maneira, sendo a Língua brasileira de sinais ainda pouco conhecida pela sociedade, as possibilidades interativas dos surdos continuam bastante restritas (LOPES, 2011), restando o uso de estratégias facilitadoras da interação. A respeito da impossibilidade de ter um intérprete ou familiar/conhecido na hora do atendimento, 95,3% do número total de entrevistados afirmam que buscariam de alguma maneira superar a barreira comunicacional para realizar o atendimento (Tabela 5).

**Tabela 5: Na impossibilidade de ter um intérprete ou família/conhecido você atenderia um paciente surdo, Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2013**

<b>Na impossibilidade de ter um intérprete ou família/conhecido você atenderia um paciente surdo</b>	<b>Freq. Absoluta (Nº)</b>	<b>Freq. Relativa (%)</b>
Não	2	4,7%
Sim [Tentaria]	42	95,3%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Dados da pesquisa

As subcategorias a seguir demonstram as alternativas ou estratégias de comunicação que seriam utilizadas pelos profissionais para interagirem com o paciente, na ausência de um intérprete. O discurso dos sujeitos revela que mesmo sem nenhum conhecimento de Libras, tentariam encontrar outras formas para estabelecer a comunicação e atender o paciente e que para isso usariam técnicas de comunicação não-verbal, como gestos, desenhos e leitura labial, bem como da comunicação verbal, por meio da escrita em papel ou usando as duas estratégias concomitantemente.

### **Subcategoria 3.1: Comunicação não-verbal**

*“Tentaria atender através de outros sinais” [E2]*

*“Na maioria das vezes ele se gesticula muito. Mesmo sem boa comunicação não deixo de atender, usaria gestos possíveis” [E6]*

*“Depende se ele conseguir se comunicar pela leitura labial eu tentaria atendê-lo” [E11]*

*“De alguma forma conseguimos comunicar com outro indivíduo. Usaria gestos e um exame físico detalhado buscando atendê-lo da melhor forma possível” [E16]*

*“Geralmente o surdo também faz leitura dos lábios e tentaria também a partir de gestos usar as mãos, desenhos ou escritas” [E42]*

### **Subcategoria 3.2: Comunicação verbal por meio da escrita**

*“Verificaria se a pessoa saber ler e escrever” [E3]*

*“Usaria a comunicação escrita, já que não entendo libras” [E7]*

*“Tentaria escrever algo para sua família compreender” [E8]*

*“A consulta não seria cancelada, tentaria outras formas de comunicação com a escrita.” [E9]*

*“O atendimento clínico necessita do intérprete. Se for alfabetizado tentaria comunicação por escrito” [E24]*

*“Tentaria, com muita dificuldade, mas as orientações teriam que ser escritas” [E33]*

### **Subcategoria 3.3: Uso da comunicação não-verbal e comunicação verbal por meio da escrita**

*“Tentaria me comunicar da melhor forma possível, através de gestos e da escrita” [E1]*

*“Não sei se conseguiria me fazer entender, mas a princípio não recusaria o atendimento. Tentaria na linguagem escrita e através das mímicas” [E13]*

*“Tentaria utilizar a mímica ou a linguagem escrita para tentar me comunicar” [E14]*

*“Eu escreveria ou faria gestos até atendê-lo” [E18]*

*“Tentaria de alguma forma com sinais ou escrita saber o que o paciente estaria querendo no momento” [E26]*

*“Acho que mesmo sem o intérprete, posso tentar atender e de alguma forma me fazer entender. O próprio paciente se expressa e mostra através de gestos, escrita como atendê-lo” [E36]*

As falas demonstram que apesar da inabilidade para dialogar usando a língua de sinais ser um fator que dificulta o atendimento não é um fator que impossibilita o atendimento. O

uso das comunicações não-verbal e verbal por meio da escrita mostram-se como ferramentas potenciais para o atendimento da demanda e para a busca de soluções, talvez de maneira paliativa a depender de cada caso, das necessidades dos pacientes. Em semelhança com este trabalho outros pesquisadores (Oliveira, 2009; Dantas et al, 2012) apontam o uso da escrita, seguida dos gestos e mímicas como estratégias facilitadoras da interpretação das informações do profissional para o DA – termo comumente usado pelos demais estudos. Nestes casos o domínio da comunicação não-verbal instrumentaliza o profissional para uma assistência de melhor qualidade, à medida que interpreta com maior amplitude as mensagens emitidas por seus usuários, elevando sua capacidade de satisfazer as necessidades por eles apresentadas (BARBOSA, 2003).

**Subcategoria 3.4: Necessidade de ajuda de outro profissional ou pessoa capacitada para fazer o atendimento ou traduzir**

- “Buscaria ajuda, pessoa capacitada para fazer o atendimento” [E4]*  
*“Procuraria um profissional para me ajudar” [E6]*  
*“Solicitaria a presença de algum familiar/conhecido, pois neste centro não temos intérprete” E11]*  
*“Tentaria ver se existe algum profissional na unidade capacitado para entender este paciente caso contrário pediria para que o mesmo retornasse um outro dia acompanhado de algum familiar ou outra pessoa que pudesse facilitar a comunicação” [E12]*  
*“Peço ajuda, pois neste centro tem funcionário que tem conhecimento de língua de sinais” [E22]*  
*“Não saberia o que fazer [na ausência do intérprete], pois desconheço algum serviço de saúde específico para atendimento do surdo. Solicitaria intérprete senão seria impossível comunicar”[E23]*  
*“Buscaria a ajuda de um colega de serviço para auxiliar” [E24]*  
*“Procuraria meios ou profissionais mais preparados para atender, não deixaria sem atendimento” [E38]*  
*“Tentaria localizar algum servidor que soubesse a língua de sinais ou procuraria um local que oferecesse tal assistência” [E39]*  
*“Pegaria os dados do usuário e me comprometeria a encontrar alguém que me ajudasse na interpretação.” [E44]*

Quando questionados sobre o que fariam caso não fosse possível atender o paciente ou caso as estratégias de interação falhassem, os sujeitos da pesquisa afirmaram que tentariam solicitar a ajuda de outro profissional da unidade ou de qualquer outra pessoa capacitada para fazer o atendimento ou traduzir.

#### **Categoria 4: Organização dos serviços e sugestões para melhorar a comunicação entre os profissionais de enfermagem e as pessoas com deficiência auditiva**

Sobre os aspectos referentes à organização dos serviços, quando questionados sobre quantos surdos estão adscritos na área de abrangência da Unidade de Saúde que atuam, 100% dos entrevistados disseram não saber.

Os fundamentos e diretrizes da Atenção Primária à Saúde preconizam que a adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado (BRASIL, 2012).

De acordo com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (2012) o conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos, como: Territorialização; cadastramento das famílias; Classificação das famílias por riscos socio sanitários; Vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe do programa de saúde da família; Identificação de subpopulações com fatores de riscos; Identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos; e Identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas. Dessa maneira a adscrição da clientela, caracterizada pela territorialização e cadastro das famílias, colabora para que a oferta de serviço seja adequada às necessidades da população, pois através do cadastramento demográfico e mapeamento das morbidades mais prevalentes acaba norteando o delineamento de programas de saúde para a localidade de forma a atuar nos problemas de saúde que atingem a população da área.

Quando questionados sobre a periodicidade com que a unidade busca incluir o surdo nas ações e serviços de saúde desenvolvidas no local, 28,6% afirmaram que a unidade sempre inclui, 31% dizem que raramente incluem e 40,5% apontam que nunca incluem.

**Tabela 6: Opinião dos enfermeiros sobre a inclusão do surdo nas ações e serviços de saúde da unidade, Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2013**

<b>Na sua opinião a UBS procura incluir o surdo nas suas ações?</b>	<b>Freq. Absoluta (Nº)</b>	<b>Freq. Relativa (%)</b>
Nunca	17	40,5%
Raramente	13	31,0%
Sempre	12	28,6%
Total	42	100,0%
Dados omissos*	02	-
Total	44	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa

\* Campo não preenchido pelos entrevistados

Quanto à classificação da inclusão como “sempre” os enfermeiros justificam suas respostas afirmando o seguinte:

*“[Tentam incluir] Pedindo para um familiar comparecer junto, pois quase 100% da consulta é comunicação. No centro tem uma funcionária capacitada, mas ela já esqueceu e não adianta nada” [E3]*  
*“Temos um profissional capacitado para atender o paciente surdo” [E9]*  
*“A demanda é livre, todo paciente que chega a gente tenta atender. De alguma forma tentamos sempre incluir e atendê-los como os demais, mas a comunicação é uma barreira” [E17]*  
*“Não há discriminação. Se o paciente procura o serviço nós atendemos de forma padrão” [E21]*  
*“Nosso centro garante ao paciente livre acesso aos programas” [E25]*  
*“Se tiver acompanhado receberá o melhor atendimento” [E28]*  
*“Tratando ele exatamente como os demais porém com atenção específica, levando em consideração as limitações existentes” [E31]*  
*“Incluimos por agendamento ou demanda espontânea e palestra áudio visual” [E44]*

Os enfermeiros que marcaram como resposta “raramente” ou “nunca” sugeriram como formas de operacionalizar a inclusão dos pacientes nas ações e serviços de saúde das unidades:

*“Capacitar todos os servidores oferecendo curso de libras” [E1]*  
*“Fazer projetos e parcerias que incluíssem pessoas capacitadas para treinar o servidor, sensibilizar os servidores quanto a necessidade do atendimento qualificado do paciente surdo, visando assim interação entre o servidor e o usuário surdo” [E4]*  
*“Ter alguns servidores com curso de libras” [E5]*  
*“Oferecimento do curso de libras para os profissionais para que facilite a interação desses pacientes com o servidor” [E6]*  
*“Criar uma equipe com formação em libras para dar suporte nas consultas agendadas” [E7]*  
*“Ter treinamento em língua específica para facilitar a comunicação e sensibilizar a equipe” [E8]*  
*“Criar grupos de surdos com a inclusão dos familiares e acompanhantes nos atendimentos” [E10]*  
*“Sei que todos os portadores de necessidade especiais tem os mesmos direitos, porém ter um profissional com conhecimento de libras é inviável para cada unidade de saúde e os cursos de capacitação são poucos” [E11]*  
*“Em primeiro lugar treinaria algum profissional com o curso de libras, repassaria para todos os profissionais a política nacional de saúde da pessoa portadora de deficiência, além de deixar em local*

*acessível para quem quisesse consultá-la. Procuraria também junto a associações desta categoria como incluir as necessidades desta população junto as unidades básicas de saúde” [E12]*

*“Sensibilizar e capacitar os servidores da Atenção Primária à Saúde para que receba o paciente surdo com um novo olhar”*

*“Que um maior número de servidores fizessem o curso de libras que é oferecido pela SES-DF, pois anualmente somente uma auxiliar de enfermagem participou deste treinamento” [E14]*

*“Primeiro treinaria alguns profissionais no conhecimento de libras direcionando esses pacientes de demanda espontânea e ou marcados para averiguar as expectativas dos mesmos em relação ao serviço oferecido fazendo sugestões eles mesmos sobre suas necessidades. Segundo tentaria inseri-los no atendimento existente dentro da necessidade do paciente no momento da procura” [E24]*

*“Primeiro teria que ter um treinamento com os funcionários para desenvolver a língua e para lidar da melhor forma com estes pacientes. Fazer ações voltadas para eles e também incluir intérpretes em ações que envolvem toda população, pois nunca tem” [E26]*

*“Tentaria capacitar um servidor da unidade para fazer um curso pela própria secretaria (curso de libras)” [E29]*

*“Primeiro seria necessário um treinamento para os servidores e a busca ativa destes pacientes” [E30]*

*“Criar programas específicos com profissionais para ajudar na interação do cliente com os profissionais” [E32]*

*“Criar centro de referência para surdo-mudo com clínico generalista” [E34]*

A capacitação dos servidores em Libras foi a sugestão mencionada com maior frequência. Em comparação com o resultado que este estudo trouxe, vale destacar que a III Conferência Distrital de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência, realizada em Brasília no período de 18 a 19 de Agosto de 2012, apontou como a terceira proposta mais prioritária para o eixo de saúde a capacitação dos profissionais da área de saúde pública e privada em Libras, Braille e outras metodologias de comunicação primando por um atendimento adequado à pessoa com deficiência (SEJUS, 2012). Assim, pode-se dizer que esta proposta dos enfermeiros se insere no contexto das demandas das políticas públicas que o Distrito Federal, Municípios e União deverão implantar ou tornar mais efetiva nos próximos anos e ressalta ainda que os programas de capacitação dos servidores públicos da Secretaria de Saúde/Ministério de Saúde devem cada vez mais adequar-se às demandas dos profissionais e da população, que são sempre imediatas e diversificadas, de forma a garantir, por meio de

uma comunicação mais efetiva, o cumprimento da legislação sobre o cuidado da pessoa com deficiência auditiva e ainda garantir humanização, acesso e utilização integral dos serviços.

A capacitação do profissional nas diferentes metodologias de comunicação mostra-se como um elemento que colabora para a prestação de um serviço com mais qualidade e conseqüentemente para a satisfação do usuário, porém uma questão que esta temática levanta, do ponto de vista operacional, seria: deve-se treinar todos os profissionais da unidade ou apenas alguns? De acordo com a fala dos entrevistados, alguns afirmam que deve-se treinar todos os profissionais e outros dizem que treinar todo o quadro de servidores da unidade mostra-se inviável. A inviabilidade da capacitação de todos os servidores pode consistir na baixa oferta de vagas para o curso, oferecidos de forma gratuita para os servidores públicos; na impossibilidade de todos ou maior parte dos profissionais se ausentarem para realizar o treinamento; na demanda baixa de pacientes surdos nas unidades o que pode levar a não utilização do conhecimento absorvido no curso e conseqüentemente esquecimento por falta de prática; entre outros fatores relacionados à subjetividade de cada indivíduo no que se refere à vontade de fazer ou não o curso ou de se sentir capaz para um novo aprendizado. A respeito disso o estudo de Dantas et al (2012) destaca que a falta de constante contato com esses pacientes faz com que o interesse em se capacitar fique mais esquecido, o que acaba afetando o processo quando o profissional se depara com uma pessoa com deficiência sensorial.

Diante de um prevalente desfalque de profissionais capacitados em Libras, a capacitação de alguns ou de apenas um profissional se mostra válida, levando em consideração que este profissional pode atuar como facilitador, estabelecendo uma comunicação entre usuário e os demais profissionais e ainda como disseminador da cultura surda, através de discussões em espaços coletivos no âmbito da sua unidade básica.

Outras sugestões apontadas pelos entrevistados como formas de operacionalizar a inclusão do surdo nas ações e serviços de saúde da atenção básica foram: a criação de grupos de surdos onde houvesse a participação dos familiares; a realização de busca-ativa destes usuários na área adscrita, buscando conhecer as necessidades de saúde desta população; adoção do uso da política nacional de saúde da pessoa portadora de deficiência como um instrumento auxiliador das práticas assistenciais cotidianas; e a criação de um centro de referencia para o surdo com clínico generalista.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão do acesso e uso dos serviços de saúde pelo usuário surdo caracteriza-se atualmente como uma das problemáticas significantes a qual o setor saúde deve buscar superar nos próximos tempos.

Este trabalho demonstrou que as Políticas Públicas de Saúde e inclusive as normas jurídicas, apesar de estarem em sua maioria bem estruturadas e planejadas, quando se deparam com particularidades, como o atendimento às pessoas com deficiência, acabam não conseguindo ou tendo dificuldades para serem operacionalizadas por uma série de fatores. No caso da assistência aos surdos, uma das principais limitações que inviabiliza a assistência é a barreira comunicativa entre usuário e profissional de saúde, que geralmente não está habilitado em Língua Brasileira de Sinais, usada por este grupo e concebida como segunda língua oficial do Brasil.

Analisar, sob a ótica do enfermeiro, o cenário que o surdo vivencia quando consegue ser inserido na agenda de atendimentos dos Centros de Saúde da Ceilândia – DF, nos permitiu identificar algumas limitações e potencialidades nas práticas de saúde voltadas para o surdo, bem como, nos sinalizou algumas necessidades específicas a serem implantadas nas unidades da Ceilândia, como o investimento em treinamento dos profissionais em Libras e a realização de busca-ativa desta população a fim de conhecer o seu perfil demográfico e epidemiológico de forma a melhor orientar as ações de saúde para este grupo.

A discussão estabelecida ao longo deste estudo demonstra que ainda cabe aos profissionais de saúde, inclusive aos sanitaristas, a ampliação dos olhares e do pensamento crítico a respeito desta temática e que ainda há a carência de se efetivar um modelo de atenção à saúde que garanta integralidade e acessibilidade para o surdo por meio da implantação de um processo de trabalho que vá além da reabilitação e enfatize também a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos de forma a privilegiar melhorias na qualidade de vida e mudanças nos modos de vida e nas relações entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado à saúde dessa população.

## 6. REFERÊNCIAS

BARATIERI, Tatiane; TEIXEIRA MANDU, Edir Nei; SILVA MARCON, Sonia. Compreensão de enfermeiros sobre o vínculo e longitudinalidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Cienc. enferm.*, Concepción, v. 18, n. 2, agosto 2012. Disponível em <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532012000200002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200002&lng=es&nrm=iso)>. acessado em 25 jun. 2013. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200002>.

BARBOSA, MA; OLIVEIRA, MA; SIQUEIRA, KM; DAMAS, KCA; PRADO, MA. Linguagem Brasileira de Sinais - Um desafio para a assistência de enfermagem. *Rev Enferm UERJ* 2003; 11(3):247-51. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v11n3/v11n3a02.pdf>

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

BASTOS, Gustavo Bruno Pires. Comunicação e saúde - utilizando recursos tecnológicos como estratégia para esclarecimento dos usuários do Sistema Único de Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2010. 25f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família).

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Feb. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100008&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100008>.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais e dá outras providências. Brasília, 24 abril. 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2002/L10436.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10436.htm)>. Acesso em: 01 maio. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS.1. ed. 1. reimp. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Decreto nº 5.625 de 22 de dezembro de 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5625.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5625.htm)>. Acessado em: 03 de abril de 2013.

BRASIL. Portaria Nº 2.488, DE 21 de outubro de 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>.

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. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, Aug. 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400013&lng=en&nrm=iso)>. access on 19 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000400013>.

CASTRO JUNIOR, Gláucio de. *Variação Linguística em língua de sinais brasileira – foco no léxico*. 2011. 123 f. Dissertação (Mestrado em Linguística) - Departamento de Linguística, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA ACADEMIA BRASILEIRA DE AUDIOLOGIA - CFFA. *GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE AUDITIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA*. Edição Preliminar. 2011 Disponível em: [http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/cartilha\\_GuiaSaudeAuditivaAtencaoPrimaria\\_grafica.pdf](http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/cartilha_GuiaSaudeAuditivaAtencaoPrimaria_grafica.pdf)

CHAVEIRO, Neuma et al. Atendimento à pessoa surda que utiliza a língua de sinais na perspectiva do profissional de saúde. *Cogitare Enferm.* 2010 Out/Dez; 15(4):639-45.

CHAVEIRO, Neuma; BARBOSA, Maria Alves. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 39, n. 4, Dec. 2005. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342005000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400007&lng=en&nrm=iso)>. access on 25 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000400007>.

CHAVEIRO, Neuma; BARBOSA, Maria Alves; PORTO, Celmo Celeno. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 3, Sept. 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000300023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300023&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 July 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000300023>.

CHAVEIRO, Neuma; et al. Atendimento à pessoa surda que utiliza a língua de sinais, na perspectiva do profissional da saúde. *Cogitare Enferm.* 2010 Out/Dez; 15(4):639-45. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2EhcLdPsLx4J:ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/20359/13520+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-a>. Acessado em: 03 julho de 2013.

CORRÊA, CS, Pereira LAC, Barreto LS et al. O despertar do enfermeiro em relação ao paciente portador de deficiência auditiva. *Rev. De Pesq.: cuidado é fundamental Online*. 2010. abr/jun 2(2):758-769. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/490/pdf\\_14](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/490/pdf_14)

DANTAS, T. R. A. et al. Percepção dos profissionais de enfermagem acerca da comunicação com deficientes sensoriais. Congresso Brasileiro dos conselhos de enfermagem. 2012. Disponível em: <<http://189.75.118.68/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I41950.E10.T8034.D6AP.pdf>>. Acessado em: 30 jun de 2013.

FERNANDES, Janaína Francisca Pinto; ALVES, Mariana Dalva Santos; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira; ORIÁ, Mônica Oliveira Batista. Conhecimento de alunos deficientes auditivos e de seus educadores relacionado às Doenças Sexualmente Transmissíveis. *Rev. Enferm. UERJ*; 17(3):338-343, Jul. – Set. 2009.

FRANCA, Inacia Sátiro Xavier de; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. 1, Mar. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000100023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100023&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100023>.

FREIRE, Daniela Buchrieser et al. Acesso de pessoas deficientes auditivas a serviços de saúde em cidade do Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.4, pp. 889-897. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400020&lng=en&nrm=iso)>.

GOLDBAUM, Moisés et al . Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, Jan. 2005 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100012&lng=en&nrm=iso)>. access on 09 July 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000100012>.

GOMES, V. et al . Vivência do enfermeiro ao cuidar surdos e/ou portadores de deficiência auditiva. *Enferm. glob.*, Murcia, n. 17, oct. 2009 . Disponível em <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000300007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300007&lng=es&nrm=iso)>. acessado em 07 jul. 2013. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412009000300007>.

Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS. Versão/dezembro, 2010. Disponível em<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b\\_221210.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_221210.pdf)>.

HARZHEIM, Erno (coord). Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília; OPAS; 2011. 137 p. (Navegadores, 3).

IBGE, Censo Demográfico 2010. Disponível em:<[ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/Caracteristicas\\_Gerais\\_Religiao\\_Deficiencia/caracteristicas\\_religiao\\_deficiencia.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf)>.

LOPES, Mara Aparecida de Castilho; LEITE, Lúcia Pereira. Concepções de surdez: a visão do surdo que se comunica em língua de sinais. *Rev. bras. educ. espec.*, Marília, v. 17, n. 2, Aug. 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-65382011000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382011000200009&lng=en&nrm=iso)>. access on 25 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-65382011000200009>.

LOURENÇO, Katia Regina Conrad; BARANI, Eleni. Educação e Surdez: Um resgate histórico pela trajetória educacional dos Surdos no Brasil e no Mundo. *RVCSD – Revista Virtual de Cultura Surda e Diversidade*. Disponível em: <http://editora-arara-azul.com.br/novoeaa/revista/?p=591>>.

MALDONADO, MT; CANELLA, P. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Rio de Janeiro: Editores Ltda: 2003.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à saúde. *Dicionário Profissional – Fiocruz*. Disponível em: <http://www.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

MOURA, Bárbara Laisa Alves et al . Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500007&lng=en&nrm=iso)>.

OLIVEIRA, Herina Rodrigues. LOPES, Keylla Silva. PINTO, NEILA M. Morais. PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ACERCA DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AO DEFICIENTE AUDITIVO. *Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste – MG - V.2 - N.1 - Jul./Ago. 2009*. Disponível em: [http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v2/Herina\\_oliveira\\_Keylla\\_lopes\\_e\\_Neila\\_pinto.pdf](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v2/Herina_oliveira_Keylla_lopes_e_Neila_pinto.pdf).

ORÍÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. - A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

OTHERO, Marília Bense; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 16, n. 40, Mar. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-)

32832012000100017&lng=en&nrm=iso>. access on 29 June 2013. Epub Apr 12, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000010>.

OTHERO, Marília Bense; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, n. 28, Mar. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100015&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000100015>.

PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; FIUZA, Nara Lúcia Gregório; REBOUCAS, Cristiana Brasil de Almeida. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, Sept. 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342007000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300010&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 July 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000300010>.

PAVÃO, Ana Luiza Braz (org); COELI, Cláudia Medina(coord). Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. *Cad. saúde colet.*, (Rio J.);16(3), jul.-set. 2008.

Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Ceilândia – PDAD 2010/2011. Brasília – DF, 2011. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%C3%B4micas/PDAD/2011/PDAD%20Ceil%C3%A2ndia-2010-2011.pdf>.

PORTELA, Miguel Ângelo Bueno. Acessibilidade e o uso da biblioteca por usuários Surdos: estudo de caso com estudantes Surdos do Curso à Distância de Letras – Libras do pólo da Universidade de Brasília / Miguel Ângelo Bueno Portela, Daniel Arcaño Bueno Portela. \_2011

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dezembro 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12354>>.

ROSENSTOCK, Karelline Izaltemberg Vasconcelos; NEVES, Maria José das. Papel do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 63, n. 4, Aug. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400013&lng=en&nrm=iso)>.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012, vol.31,n.3, pp. 260-8.

SEJUS - SECRETARIA DE JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA DO DISTRITO FEDERAL. Propostas finais da III Conferência Distrital de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência. 2012. Disponível em: < <http://www.sejus.df.gov.br/mais-noticias/45-noticias-/288-libras.html>>.

SES/DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Regional de Saúde da Ceilândia. Disponível em:< <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/266-regional-de-saude-de-ceilandia.html>>.

SILVA, Beatriz Lopes, ALISTIERI, Aline Schütz e DAHER, Donizete Vago. A importância do acolhimento e do vínculo enfermeiro-cliente durante a consulta de enfermagem: Relato de experiência em uma unidade de saúde da família. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem – Transformação social e sustentabilidade ambiental. 07 a 10 de Dezembro 2009. Centro de Convenções do Ceará – Fortaleza. Disponível em:< [http://www.abeneventos.com.br/anais\\_61cben/files/00023.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00023.pdf)>.

SILVA, Claudionir Borges. Cenário armado, objetos situados: O Ensino de Geografia na Educação de Surdos. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2003. 244 f. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3638/000390803.pdf?sequence=1>>.

SOUZA, M.T.; PORROZZI, R. Ensino de libras para os profissionais de saúde: uma necessidade premente. *Rev. Práxis*, v.1, n.2, p.43-6, 2009.

STARFIELD, Barbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STROBEL, Karin Lilian. *Surdos: Vestígios culturais não registrados na história*. Dissertação (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008. 176 f. Disponível em: <[http://www.ronice.cce.prof.ufsc.br/index\\_arquivos/Documentos/karinstrobel.pdf](http://www.ronice.cce.prof.ufsc.br/index_arquivos/Documentos/karinstrobel.pdf)>

TASCA, Renato (coord). *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate*. Brasília; OPAS; 2011. 113 p. (Navegadorsus, 2).

TOMASI, Elaine et al . *Características da utilização de serviços de Atenção Primária à Saúde à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, Nov. 2011. Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200012&lng=en&nrm=iso)>. access on 31 Jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200012>.

TRAVASSOS, Cláudia et al . *Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-8123200000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000100012&lng=en&nrm=iso)>. access on 09 July 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-8123200000100012>.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 July 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.

VIACAVA, Francisco (Coord) et al. **PROADESS – Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro**: indicadores para monitoramento. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, outubro de 2012.

## ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ceilândia  
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Análise da Utilização da Atenção Básica pelo usuário Surdo sob a perspectiva do profissional de enfermagem: Estudo descritivo nas unidades de saúde da Ceilândia - DF**”. O nosso objetivo é analisar a utilização das ações e serviços de saúde da Atenção Básica pelo usuário Surdo sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem das unidades básicas de saúde da Ceilândia – DF.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de um questionário auto-aplicável que o(a) senhor(a) deverá responder e devolver na data combinada com um tempo estimado para seu preenchimento de: 30 minutos. O(a) Senhor(a) poderá se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora e os resultados serão divulgados na Universidade de Brasília - UnB podendo ser publicados posteriormente.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr(a). Mariana Sodário Cruz, na instituição Universidade Brasília, Faculdade de Ceilândia telefone: 3107-8418 , no horário: 08h às 18h, nas terças e quintas-feiras.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

Nome / assinatura:

---

Pesquisador Responsável  
Nome e assinatura:

Brasília - DF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## ANEXO 2 - Questionário



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ceilândia  
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

**Questionário para análise das percepções dos profissionais de Enfermagem a respeito da utilização da Atenção Básica pelo usuário Surdo**

**Considerações**

- Se possível, utilize letra de forma ao responder as questões escritas;
- Caso tenha dúvida em alguma questão ligue 061 91604900 (Mariana) ou envie um e-mail para mariana\_cossta@hotmail.com
- Caso os espaços sejam insuficientes para a resposta fique a vontade para utilizar o verso da folha.

**PERGUNTAS**

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Gênero:  Feminino  Masculino

3. A quanto tempo você atua como Enfermeiro(a)? \_\_\_\_\_

4. Centro de Saúde que você atua na Ceilândia - DF:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centro de Saúde nº 02 | <input type="checkbox"/> Centro de Saúde nº 06 | <input type="checkbox"/> Centro de Saúde nº 10 |
| <input type="checkbox"/> Centro de Saúde nº 03 | <input type="checkbox"/> Centro de Saúde nº 07 | <input type="checkbox"/> Centro de Saúde nº 11 |
| <input type="checkbox"/> Centro de Saúde nº 04 | <input type="checkbox"/> Centro de Saúde nº 08 | <input type="checkbox"/> Centro de Saúde nº 12 |
| <input type="checkbox"/> Centro de Saúde nº 05 | <input type="checkbox"/> Centro de Saúde nº 09 |  |

4.1 Setor em que trabalha atualmente: \_\_\_\_\_

5. A quanto tempo você atua neste Centro? \_\_\_\_\_

6. Você já fez algum curso de Língua Brasileira de Sinais (Libras) ao longo da vida?

Sim  Não, mas sei que essa Língua existe  Não e não sei que Língua é essa.

6.1 Se sim, onde?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Escola de ensino de Línguas              | <input type="checkbox"/> Pela internet, a distância     |
| <input type="checkbox"/> Curso oferecido pela Secretaria de Saúde | <input type="checkbox"/> Em uma disciplina na Faculdade |
| <input type="checkbox"/> Outros, Especifique: _____               |   |

7. Você conhece a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência?

Conheço muito  Conheço pouco  Não conheço

8. Sabe quantos surdos estão adscritos na sua área?  Sim  Não

8.1 Se sim, Quantos? \_\_\_\_\_

9. Você já atendeu algum paciente surdo?  Sim  Não

*Se sua resposta foi “Sim”, continue respondendo as questões a seguir e considere para suas respostas o último atendimento que realizou.*

*Se sua resposta foi “Não”, pule para o item 10.*

**9.1 Precizou de intérprete ou de suporte de algum familiar/conhecido acompanhante para comunicar-se?**  Sim  Não, Porquê?

---



---

*Se sua resposta na pergunta 9.1 foi “Não” pule para o item 10  
Se foi “Sim” continue respondendo as questões a seguir.*

**9.2 A pessoa que acompanhava o paciente era um intérprete ou familiar/conhecido**  
 Intérprete  Familiar/conhecido  Não sei

**9.3 Como foi para você comunicar-se com o surdo através de um intérprete ou familiar/conhecido acompanhante?**

---



---



---

**9.4 Na sua opinião, quais os pontos positivos e negativos da presença do intérprete ou familiar/conhecido acompanhante no momento da consulta?**

Positivos:\_\_\_\_\_

---



---

Negativos:\_\_\_\_\_

---



---

*Se sua resposta no item 9.1 foi “Sim”, pule para o item 10.1*

**10. Nesse momento você conseguiria atender um paciente surdo?**

Sim, SEM intérprete ou familiar/conhecido acompanhante

Sim, COM intérprete ou familiar/conhecido acompanhante

Não

Porquê?\_\_\_\_\_

---



---

**10.1 Na impossibilidade de ter um intérprete ou familiar/conhecido acompanhante, você atenderia um paciente surdo?**

Sim  Não

Explique:

---



---



---

**10.2 O que você faria caso não fosse possível atender?**

---



---



---

*Se sua resposta no item 9 foi “Não”, pule agora para o item 13,  
Se sua resposta foi “Sim” continue respondendo as questões a seguir.*

**11. Problemas de saúde referidos pelo usuário surdo ou pelos intérpretes, familiares ou conhecidos do surdo no momento que procurou (aram) o Centro de Saúde:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> gripes,           | <input type="checkbox"/> dor de dente,      | <input type="checkbox"/> DPOC,             |
| <input type="checkbox"/> amigdalites,      | <input type="checkbox"/> distúrbio          | tumor/câncer                               |
| <input type="checkbox"/> dermatites,       | nutricional.                                | <input type="checkbox"/> fraturas,         |
| <input type="checkbox"/> bronquites leves, | <input type="checkbox"/> crise asmática,    | <input type="checkbox"/> ingestão de corpo |
| <input type="checkbox"/> tosse,            | <input type="checkbox"/> pico               | estranho;                                  |
| <input type="checkbox"/> febre,            | hipertensivo,                               | <input type="checkbox"/> picada de inseto, |
| <input type="checkbox"/> conjuntivites,    | <input type="checkbox"/> cardiopatias,      | <input type="checkbox"/> cortes na pele,   |
| <input type="checkbox"/> dor lombar,       | <input type="checkbox"/> infecção urinária, | <input type="checkbox"/> entorse,          |
| <input type="checkbox"/> vômito,           | <input type="checkbox"/> cólica renal,      | <input type="checkbox"/> luxações;         |
| <input type="checkbox"/> diarreia,         | <input type="checkbox"/> Sintomatologia do  | <b>Outros, cite:</b> _____                 |
| <input type="checkbox"/> dor de estômago,  | infarto,                                    | _____                                      |
| <input type="checkbox"/> dor no corpo,     | <input type="checkbox"/> abscesso dentário, | <input type="checkbox"/> Não sei           |

**12. Que ações e serviços que você realizou ao atender um paciente surdo? (Ex.: Pré consulta, consulta de enfermagem, acompanhamento de hipertensão/diabetes, vacinação, vigilância epidemiológica, planejamento familiar, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, etc)**

---



---



---

**13. Na sua opinião a unidade que você trabalha procura de alguma forma incluir o surdo nas ações de saúde desenvolvidas?**

Sempre  Raramente  Nunca

**13.1 Se você marcou “sempre”, cite como:**

---



---



---



---

**13.2 Se você marcou “raramente” ou “nunca”, cite o que você acha que poderia ser feito para incluir esses pacientes nas ações e serviços de saúde da Atenção Básica:**

---



---



---



---



---

**Obrigada pela sua participação!**

