



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

CARLA SALLES CHAMOUTON

**CUIDADO COM O PORTADOR DE ZUMBIDO NA ATENÇÃO BÁSICA:
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

CAMPINAS

2017

CARLA SALLES CHAMOUTON

**CUIDADO COM O PORTADOR DE ZUMBIDO NA ATENÇÃO BÁSICA:
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, na área de Interdisciplinaridade e Reabilitação.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Helenice Yemi Nakamura

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA CARLA SALLES CHAMOUTON, E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. HELENICE YEMI NAKAMURA.

CAMPINAS

2017

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): CAPES

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Rosana Evangelista Poderoso - CRB 6652

C357c Chamouton, Carla Salles. 1992-
Cuidado com o portador de zumbido na atenção básica : perspectiva dos profissionais de saúde / Carla Salles Chamouton. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Helenice Yemi Nakamura.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Zumbido. 2. Atenção primária à saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Fonoaudiologia. I. Nakamura, Helenice Yemi, 1963-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The approach of tinnitus patients in primary care : perspective of health professionals

Palavras-chave em inglês:

Tinnitus

Primary health care

Unified Health System

Speech, Language and hearing sciences

Área de concentração: Interdisciplinaridade e Reabilitação

Titulação: Mestra em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

Banca examinadora:

Helenice Yemi Nakamura [Orientador]

Elenir Fedosse

Gastão Wagner de Sousa Campos

Maria Filomena de Gouveia Vilela

Data de defesa: 08-12-2017

Programa de Pós-Graduação: Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

CARLA SALLES CHAMOUTON

ORIENTADOR: PROFA. DRA. HELENICE YEMI NAKAMURA

MEMBROS:

- 1. PROFA. DRA. HELENICE YEMI NAKAMURA**
 - 2. PROFA. DRA. ELENIR FEDOSSE**
 - 3. PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS**
-

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 06/12/2017

Aos meus avós,
por serem a constante lembrança da importância das raízes
enquanto busco pelas minhas asas.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e ao meu irmão, pelo amor e apoio, que ao longo desse processo pude vivenciar em seu modo mais incondicional e sem os quais não seria possível alcançar nenhum dos meus objetivos.

À Helenice, minha orientadora, amiga, exemplo e eterna professora, por ser um contínuo de encontros nos quais descubro e aprendo constantemente sobre mim, sobre minha profissão, sobre a saúde e sobre as belezas da vida.

Aos sujeitos participantes desta pesquisa, pela disponibilidade em poder colaborar com a produção de mais conhecimento acerca do tema e com a vida de muitos outros indivíduos que podem ser impactados.

A Cíntia, Larissa, Luisa e toda a equipe do Hospital Samaritano de São Paulo, por proporcionar um ambiente de prática profissional ética e prazerosa, e com laços afetivos, sem o qual não poderia concluir esse processo.

À Karolina, pela amizade verdadeira, solidariedade com o conhecimento científico e apoio ao longo desta e de tantas outras caminhadas.

À Camila, pela parceria com generosidade sem igual e amizade que poderia ser de uma vida inteira que só enriquece o caminho de quem tem o prazer da convivência.

Ao professor Ricardo Santhiago, pelas considerações sempre pertinentes, gentis e generosas que contribuíram muito para o delineamento da pesquisa.

Ao Henrique Ceretta, pela disponibilidade em compartilhar seu conhecimento sempre com prontidão e abertura constante para as novas propostas.

“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim, a caminhada.

Caminhando e semeando, no fim terás o que colher”.

Cora Coralina

RESUMO

O cuidado na atenção básica estabelece um conjunto de ações de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde de universalidade, integralidade e equidade. Dentro da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva estão compreendidas atividades da atenção básica, mas as questões auditivas ainda predominam na atenção especializada. O zumbido é uma alteração auditiva que acomete 25,3% da população em geral e impacta negativamente a vida dos indivíduos portadores, é necessária pois, sua abordagem no cuidado integral do sujeito. O objetivo do presente estudo é investigar o conhecimento sobre o zumbido, as ações e cuidados direcionados ao portador de zumbido sob a perspectiva dos profissionais de saúde da atenção básica. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantiquantitativa com amostra constituída por 170 sujeitos, profissionais de centros de saúde de um distrito de Campinas selecionados a partir do Índice de Condições de Vida da unidade. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas em áudio e transcritas para análise. Para a análise, foi utilizada a técnica de processamento de dados do Discurso do Sujeito Coletivo, na qual os resultados são obtidos por operações de organização de dados em forma de texto, com auxílio do software DSCSoft. Os dados foram categorizados de acordo com os critérios de repetição. Foi realizada análise estatística de modo a relacionar os discursos produzidos e o perfil dos sujeitos entrevistados. A pesquisa mostra que os profissionais de saúde apresentam pouco conhecimento acerca do zumbido e ainda não o consideram na linha de cuidado integral do sujeito na atenção básica.

Palavras-chave: Zumbido; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Fonoaudiologia.

Abstract

The Brazilian National Attention to Hearing Health Policy previes activities in primary care, once it is the basis of Unified Health System and includes actions from health promotion to the assistance itself. However, hearing issues are still concentrated in the specialized services. Among the hearing disorders, tinnitus affects 25.3% of the general population and negatively affects the individuals' lives, requiring its approach to a complete line of health care. The objectives of this study were to investigate the knowledge of tinnitus, the perception of the actions and the care network from the perspective of primary care health professionals. This is a quantitative and qualitative research, with a sample of 170 health professionals, including doctors, nurses and nursing technicians of the primary health care of the city of Campinas, in the state of São Paulo. The data were collected by semi-structured interviews transcribed for analysis. The depositions were categorized according to the repetition and relevance criteria. For the analysis, it was used the Discourse of the Collective Subject data processing technique, and the results were obtained by data organization operations in text form. The results show that health professionals still have little knowledge about tinnitus and do not consider it in the full approach of the subject in the primary health care, which shows that it is necessary to invest in the professionals' continued education and that, complaints such as tinnitus, still need a more broad treatment, especially in the primary health care.

Keywords: Tinnitus; Primary Health Care; Unified Health System; Speech, Language and Hearing Sciences.

Lista de Abreviaturas e Siglas

AB – Atenção Básica

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CS – Centro de Saúde

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

Fono – Fonoaudiólogo(a)

HiperDia – Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

IC – Ideias Centrais

ICV – Índice de Condições de Vida

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

Neuro – Neurologista

ORL - Otorrinolaringologista

Otorrino - Otorrinolaringologista

PIC - Práticas Integrativas e Complementares

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNASA - Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva

PNH - Política Nacional de Humanização

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

Apresentação	1
1. Introdução	4
2. Justificativa	8
3. Revisão de literatura	9
3.1 Artigo – Zumbido e atenção básica: uma revisão de literatura	9
4. Objetivos	23
5. Metodologia	23
5.1 Coleta de dados	24
5.2 Análise de dados	24
6. Resultados e discussão	26
6.1 Perfil dos profissionais	26
6.2 Análise dos discursos	29
6.2.1 Pergunta 1 - Quando os profissionais questionam ao paciente sobre sua audição, na unidade?	30
6.2.2 Pergunta 2 - Se um paciente apresenta queixa de zumbido, qual a conduta na unidade?	35
6.2.3 Pergunta 3 - Dentre os dispositivos já existentes na unidade (grupos, visitas domiciliares, reuniões, etc.) em quais você acha que poderiam ser incluídas atividades relacionadas ao zumbido?	43
6.2.4 Artigo - Possibilidades de cuidado com o portador de zumbido na atenção básica	51
7. Considerações finais	69
8. Conclusão	69
9. Referências	70
Anexo I (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)	79
Anexo II (Resultados da análise estatística)	81

Apresentação

A escolha do tema de pesquisa, acredito eu, está diretamente ligada à história do pesquisador. Mais do que à história, acho que pode ser relacionada ao momento por que o pesquisador passa. Assim como Francine Prose (2008)¹ afirma, à medida que envelhecemos ou dependendo da experiência que vivemos, nossos gostos e interesses mudam, e a pesquisa em nossa vida muda também.

No meu caso, o desejo por estudar o zumbido veio desde os primeiros anos da graduação. Achava especialmente curioso um fenômeno definido como “percepção fantasma” e ficava extremamente intrigada por ser constantemente taxado como “sem cura”. Dentro da minha, ainda que breve, caminhada na Fonoaudiologia, vi que a grande descoberta são os sujeitos por trás do zumbido. Uma vez, durante um atendimento, ao me deparar com um paciente que apresentava a queixa e me questionava se aquele zumbido era comum a qualquer indivíduo, vi o que aquelas pessoas o consideravam: lugar comum. Percebi, então, que estavam fadadas à velha resposta do modelo biomédico: “você tem que aprender a conviver com o zumbido, porque ele não tem cura”.

Quanto mais eu pesquisava, mais eu entendia aonde eu deveria chegar. Como um acometimento considerado dentre as maiores causas de suicídio nos Estados Unidos na década de 1950, que atualmente atinge 25,3% da população mundial e pode levar a distúrbios como depressão, alcoolismo e síndrome do pânico, ainda é considerado como assunto destinado exclusivamente ao médico especialista? Pelo meu entendimento, qualidade de vida é especialidade de qualquer profissional de saúde e deve ser sempre pauta das políticas públicas em saúde.

Convivendo com esses sujeitos, percebi como seus discursos são ricos nas reais demandas a que os serviços de saúde devem se atentar. As pesquisas mais recentes do tema passaram a tratar a qualidade vida e sua relação com o zumbido, baseando-se apenas em escores e pontuações que aos olhos estatísticos fazem todo sentido, mas não traduzem a dificuldade e o sofrimento do indivíduo. Ao mesmo tempo, comecei a me questionar: a validação do tema estaria apenas nas pesquisas quantitativas? Ainda seria essa uma área que desvaloriza a pesquisa qualitativa?

Também me incomodava as pesquisas estarem restritas ao consultório médico ou à clínica fonoaudiológica em contextos muito específicos. Então percebi que havia o outro lado da história também. Como estão sendo preparados os profissionais de saúde fora desses ambientes, para lidar com sujeitos com uma queixa tão específica e que influencia tanto a vida pessoal e profissional?

Assim, ao final dessa trajetória sabia qual seria o meu material de estudo: o discurso dessas pessoas. Tive uma oportunidade de pesquisa anterior em que trabalhei com os sujeitos portadores de zumbido e vivenciei como podemos impactar a vida desses indivíduos por meio da escuta, do diálogo e de uma clínica ampliada realmente. Decidi então que seria o momento de abordar os profissionais envolvidos nessa linha de cuidado. Junto a minha escolha de objeto de estudo, sei que cabe a responsabilidade de valorização da pesquisa qualitativa dentro da temática e por isso, tive contato com o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O DSC traz à tona a discussão da validação científica da pesquisa qualitativa no campo da saúde. Ao se considerarem os métodos quantitativo e qualitativo excludentes ao invés de complementares, não é possível retratar o sujeito social em sua totalidade e se perdem as diversas possibilidades de diálogo que se vislumbram, principalmente ao se tratar do campo da saúde. Ao mesmo tempo em que os conceitos matemáticos e estatísticos podem ser aplicados às mais diversas situações, os mais variados objetos de pesquisa têm significados passíveis de investigação numa perspectiva dialética.

Ao se considerar o campo da saúde e, particularmente, o atual momento de maior inserção da pesquisa social, principalmente na área da saúde coletiva, é possível vislumbrar diversas possibilidades de fenômenos nos quais a metodologia quantiquantitativa pode ser empregada. O conceito de saúde em si, atualmente, possibilita um entendimento muito mais amplo que engloba as diversas relações envolvidas em todo o processo saúde-doença-cuidado. Essas relações compreendem não apenas a intersubjetividade da relação em si, mas também a história, as crenças e as opiniões intrínsecas aos sujeitos que constituem o grupo que pode chegar a ser um fenômeno a ser estudado. Além disso, ao se pensar nas necessidades da saúde e suas possibilidades de emprego nas políticas públicas, a quantificação se faz também necessária nesse campo de pesquisa para concretizar

as demandas expostas pela subjetividade em ações.

Por isso, quando considero a temática do sujeito portador de zumbido, é exatamente essa aplicação da pesquisa quantiqualitativa que vislumbro. Os estudos atuais, convictamente quantitativos, trazem valores alarmantes em relação a quantidade de portadores no mundo e como as intervenções ainda são em muito pequena escala. E quando se fala do âmbito da saúde coletiva, da atenção básica particularmente, a abordagem é praticamente inexistente. Além disso, também são escassos os estudos que consideram a subjetividade dos sujeitos envolvidos, sejam os pacientes ou os profissionais, seguindo a linha ainda de pequena produção no campo da saúde na abordagem qualitativa.

Assim, essa pesquisa acaba por representar a minha trajetória bem como o meu amadurecimento concomitante ao da minha área de atuação. Acredito veementemente no poder transformador da Fonoaudiologia e na amplitude de possibilidades do nosso fazer em saúde. A riqueza do processo de cuidado reflexivo é inegável, e tenho certeza de que essa construção contínua será uma constante no meu caminho. O que todos precisamos é de apenas um ponto de partida para repensarmos a produção em saúde, e o meu, foi o zumbido.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política do Estado advinda do estabelecimento da Constituição Federal de 1988 na qual se considerou a saúde como “direito de cidadania e um dever do Estado” e que tem por objetivo a organização da saúde pela implementação da descentralização, regionalização, hierarquização e participação social pautada pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde^{2,3,4}.

O processo histórico de construção e estabelecimento do SUS é dependente dos contextos políticos nos quais esteve inserido e pode ser visto como um meio de elaboração de justiça social e bem-estar. No entanto, a existência da desigualdade social ao longo do território brasileiro contribuiu para que a implementação do sistema e o acesso à saúde, ocorressem de forma heterogênea⁵.

No contexto de Campinas, município de grande porte do estado de São Paulo, com aproximadamente um milhão de habitantes; a implementação do SUS assume a gestão plena do sistema e o gerenciamento dos recursos e serviços no município.

Devido à complexidade do sistema de saúde de Campinas, ocorreu um processo de distritalização como um movimento progressivo de descentralização do planejamento e da gestão para áreas de até duzentos mil habitantes. O município também funciona como um centro de referência em saúde para a região adstrita⁶.

A Política Nacional de Atenção Básica caracteriza a Atenção Básica como conjunto de ações de saúde, individuais ou coletivas, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas^{7,8}.

O centro de saúde (CS) é o local de prática essencial da atenção básica e entrada do SUS no qual se fortalece uma linha de cuidado longitudinal e o vínculo entre a equipe e o usuário no território^{9,10}.

Com a Política Nacional de Humanização, foi estabelecido o acolhimento como ferramenta de escuta qualificada da queixa, a entrada no CS e pressupõem uma recepção empática com o usuário como importante método para fortalecimento do vínculo nas diversas ações, um dispositivo que garante o acesso, a

responsabilização e resolutividade dos serviços¹¹.

As demandas trazidas pelos usuários são reflexo de suas aflições e explicitam o que os incomoda e o que impacta negativamente em sua qualidade de vida, podendo aparecer entre as diversas queixas, o zumbido que se caracteriza como a percepção de um som na ausência de uma fonte sonora externa. Pode ocorrer por alterações cocleares mínimas e atividade patológica do sistema nervoso e áreas circunscritas ao sistema límbico que acomete 25,3% da população mundial^{12,13,14}.

O zumbido pode ser preditor de uma perda auditiva e tem impacto direto na qualidade de vida do sujeito por influenciar aspectos como sono, atenção e concentração, afetando a vida social e profissional, e podendo desencadear alterações como depressão, transtorno de pânico e dependência alcóolica^{15,16,17,18}.

A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva estabelece um conjunto de ações que envolve promoção de saúde, prevenção de agravos, educação continuada, diagnóstico, reabilitação e manutenção da saúde. As atividades previstas perpassam os diversos níveis de complexidade de atenção à saúde e o zumbido é citado como alteração auditiva observada no adulto e que deve ser encaminhada para atenção especializada¹⁹.

No entanto, o zumbido não é alteração auditiva exclusiva do adulto. Há estudos que mostram que em crianças e adolescentes pode acometer de 8 a 59%, havendo discrepância devido à subjetividade e dificuldade de mensuração e percepção nessa população^{20,21,22}. Nas pessoas acima de 60 anos, a incidência de zumbido ultrapassa os 35%, sendo assim, fator este relevante para o cuidado de qualquer faixa etária^{23,24,25}.

Mesmo diante da incidência e importância da identificação zumbido na população, o mesmo ainda tem caráter exclusivamente especializado e não é abordado no contexto da atenção básica. Como profissional capacitado para as questões relativas à audição, o fonoaudiólogo, nem sempre está presente no SUS apesar da demanda existente^{26,27}.

Para que se tenha uma abordagem integral do sujeito é necessária a organização de uma rede de cuidado articulada com a participação de todos os profissionais do serviço. Entretanto, nas diferentes formações há divergência acerca

das concepções de saúde-doença-cuidado, e, nem sempre a ênfase se materializa na integralidade do cuidado^{28,29,30}.

Ao se tomar então, a integralidade como base de uma linha de cuidado, todo o processo extrapola o campo específico e passa a abranger o ambiente em seu sentido mais amplo, incorporando elementos físicos, psicológicos e sociais. Dessa maneira, a promoção de saúde se diferencia das práticas preventivas tradicionais e se estabelece como um novo diálogo que busca a partir da demanda do indivíduo, construir um cuidado diferenciado que envolva a informação e a prática terapêutica para o empoderamento do sujeito^{31,32}.

Ao se pensar em promoção, deve-se envolver a responsabilização pela preservação da saúde por meio do envolvimento com o processo de cuidado e a participação social na articulação intersetorial por uma transformação coletiva por meio da autonomia na tomada de decisões acerca do processo saúde-doença-cuidado^{33,34}.

Essa linha de cuidado ampliada carrega em si um conceito de saúde diferenciado de acepções puramente biomédicas, entendendo que a saúde é produto de um amplo conjunto de fatores relacionados à qualidade de vida, aglutinado a elementos filosóficos e sociais, quando cada sujeito é protagonista de sua vida, de seu processo de saúde, de sofrimento e de adoecimento e tem a liberdade e a autonomia para recriar seu cuidado a partir da variabilidade do meio no qual está inserido^{31,33,35}.

A mudança de concepção de saúde ecoa diretamente na formação do profissional de saúde. O ensino proposto defende a formação de um profissional generalista pautada nas Diretrizes Curriculares Nacionais, no qual é preciso compreender que as mudanças necessárias envolvem “pessoas, valores, culturas e, especificamente no campo da saúde e da educação, envolvem também questões ideológicas, sociais, econômicas e históricas”^{36,37,38,39}.

É necessário que se entenda também que a formação do trabalhador de saúde não se dá apenas na educação regular, mas sim em um processo de construção vivo que se conduz no debate com os organismos de gestão e por meio da participação no SUS. Por mais que nos últimos anos o objetivo seja uma formação participativa, ainda se tem um ensino hierarquizado dentro da área da

saúde e centrado na doença. O que se perde nesse processo, é a capacidade de ação e reflexão e o intuito de produção de saúde como ressignificação de si mesmo e de sua prática^{40,41}.

A educação em si é elemento constitutivo das relações sociais e por isso, é dependente de práticas e concepções dos sujeitos envolvidos. Nesse meio, as relações não são permanentes ou mecânicas e por mais que se pense que o ensino está relacionado com mercado de trabalho, ele é, na verdade, passível de qualquer processo de mudança. Todos os profissionais têm suas próprias representações “de saúde, de doença, do corpo, da vida, da morte”⁴² e por isso, são produtores e receptores de conhecimento a qualquer momento. A ideia de ambientes e figuras de ensino engessados não permitem que a formação seja contínua, que seja feita por todos e para todos, e que tenha formas e conteúdos variados^{34,38,43}.

O trabalho em saúde é incerto, exatamente pela natureza de suas demandas. A lógica de trabalho atual permitiu a mecanização dos processos e valorização das tecnologias duras em detrimento da humanização. Para que se possa intervir na sociedade é necessário o entendimento da realidade e a articulação entre ensino-serviço para a reflexão e questionamento dos modos de inserção e participação nessa realidade. Cada categoria tem suas particularidades de atuação, mas é necessário que o profissional de saúde desenvolva habilidades comunicativas, capacidades sociais e habilidades comportamentais^{40,41,44,45} que tenham como objetivo a dimensão cuidadora da saúde.

No contexto da Fonoaudiologia, ainda se tem muito fortalecida a prática clínica e a discussão de ampliação das dimensões de cuidado, ficam restritas a áreas de Saúde Coletiva. O fonoaudiólogo ainda é um profissional tido como especialista e sua atuação corrobora para a manutenção dessa concepção. Ao se estabelecer e se manter uma perspectiva corretivo-normatizadora, não há espaço para diálogo e reformulação da prática. Ainda é preciso que haja a construção do cuidado como um encontro terapêutico, empoderando os sujeitos envolvidos e buscando uma abordagem integral, além do conhecimento técnico-científico⁴⁶.

Ao se pensar nas multiplicidades de maneiras ou modelos de ação, é possível elaborar atos cuidadores eficazes que conquistem resultados, promoção, proteção e até cura pelo processo saúde-doença-cuidado construído de forma reflexiva e co-

responsável.

Desde o início da formação em saúde, devem ser incluídas vivências que aumentem as chances de produção de multiplicadores de olhares diferenciados, de reflexões críticas e de humanização do fazer em saúde, não apenas pela prática em si, mas por permitir o entendimento de possibilidade de escolha do indivíduo sobre o seu próprio cuidado^{36,47,48}.

Considerando esta polissemia da saúde, devem ser levados em conta os atributos sociológicos, antropológicos e psicossociais, não apenas do indivíduo, mas também da coletividade na qual está inserido⁴⁹. Isso é reforçado pela Teoria da Representação Social que mostra que qualquer grupo ou sociedade funciona dentro de um sistema no qual transitam os mais variados aspectos, como crença, contexto histórico e condições de vida⁵⁰.

Nesse sistema, seus membros tem a possibilidade de trocas pela comunicação ou pelo sentido, havendo as diferenças, mas se mantendo coeso por existirem graus de compartilhamento. As similaridades e as divergências permitem o maior conhecimento de cada indivíduo e ampliam a visão do coletivo. O reflexo dessas trocas se dá no ponto de intersecção do campo simbólico entre a língua e as ideias compartilhadas, que é o discurso desse grupo ou sociedade⁵¹.

O discurso então deve tomar lugar central na produção em saúde por representar ideias, opiniões, crenças e sofrimentos individuais que dependem da capacidade de escuta do profissional de saúde “para se traduzir em dimensões físicas, psíquicas e sociais”. Cabe à gestão, à instituição e ao próprio profissional, o processo de instrumentalização para a estruturação de práticas humanizadas que resultem em intervenções que visem a singularidade e a integralidade^{42,52,53}.

2. JUSTIFICATIVA

O presente estudo se justifica pela alta incidência do zumbido, seu impacto negativo na qualidade de vida do portador e a escassez de literatura que aborde o cuidado no âmbito da atenção básica.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi elaborada em forma de artigo intitulado “Zumbido e atenção básica: uma revisão de literatura” publicado na Revista Distúrbios da Comunicação, volume 29, número 4 de 2017, disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/32129>.

3.1 Artigo - Zumbido e atenção básica: uma revisão de literatura

Introdução

A saúde se constitui como recurso para o desenvolvimento social, econômico e social fazendo parte simultaneamente de uma problemática filosófica, científica, tecnológica, política e prática. A saúde em si é polissêmica e abarca a multiplicidade dos sentidos dos diversos elementos envolvidos, como a regulação biológica, a interação com os fatores psíquicos, a relação com o ambiente, o diálogo com a abordagem holística e a busca pelo bem-estar global^{1,2}.

O modelo de saúde atual ainda apresenta uma composição híbrida e é uma evolução do modelo biomédico pautado no processo saúde-doença, resultado este, das intervenções do movimento sanitarista. Isso representa o entendimento de que a saúde é um elemento em construção dentro de um processo dialógico e de co-produção. Todos os sujeitos envolvidos, as instituições, a gestão, os profissionais e o próprio indivíduo; são potenciais modificadores da subjetividade em questão³.

Mais do que a desvinculação da doença, é a caminhada para uma concepção de saúde-cuidado que não se baseie na sobrevivência e sim, no prazer da existência, vinculada a todas as particularidades subjetivas, sejam culturais, sociais ou econômicas, que permeiam a vida do indivíduo e fazem com que o cuidado tenha sentido. A constituição destes atos se dá na própria prática em saúde, por meio do encontro de saberes e formatos de cuidar de todas as partes envolvidas que, seguindo uma concepção cultural de saúde, tem como objetivo, a qualidade de vida^{4,5}.

O zumbido, condição de saúde caracterizada como a percepção interna de um som na ausência de uma fonte sonora externa, conhecidamente impacta

negativamente a vida de seu portador. Essa alteração afeta diretamente a vida social e profissional do indivíduo, podendo estar relacionada a ocorrência de insônia, ansiedade, depressão, síndrome do pânico e uso abusivo de álcool⁶.

Na última década, o zumbido teve um aumento significativo de sua incidência, passando a acometer 25,3% da população mundial⁷. A prevalência em crianças e adolescentes ainda não é bem estabelecida devido às variações de amostras e metodologias dos estudos realizados⁸, mas na população acima de 60 anos, a taxa de acometimento ultrapassa os 30%, constituindo condição importante a ser considerada no cuidado integral em saúde⁷.

A integralidade como preceito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2000), juntamente à universalidade e à equidade, fortalece a ideia de saúde como “um direito de todos e dever do Estado”⁹, estabelecendo uma rede em saúde que vise a descentralização, regionalização, hierarquização e participação social¹⁰.

A Política Nacional de Atenção Básica¹¹ tem por objetivo o fortalecimento da capilaridade da rede de saúde por meio da proximidade do território e é ordenadora do cuidado, se pautando em elementos que permitam a humanização e a integralidade. As ações desenvolvidas são fundamentais e determinantes para todo o processo saúde-doença-cuidado do indivíduo¹².

O estabelecimento de uma linha de cuidado integral se dá pelo fortalecimento da rede de atenção em saúde, no estabelecimento do vínculo, quando o sujeito não enfrente barreiras de acesso e transite pelo sistema por meio da articulação entre os níveis de atenção. A partir da descentralização e regionalização da gestão e da assistência, busca-se evitar a fragmentação do cuidado e estabelecer uma relação dialógica entre as partes envolvidas no processo. Ao se repensar as práticas em saúde e a organização dos processos de trabalho, permite-se a integração dos diversos fazeres em saúde e a integralidade do cuidado^{3,13}.

O acolhimento representa um modo de se fazer saúde e uma estruturação do serviço para que esteja organizado para receber as diferentes demandas trazidas pelo usuário. A partir dessas demandas, o estabelecimento de uma clínica ampliada permite a compreensão da complexidade envolvida nos processos da atenção básica, promovendo um cuidado generalista com a especificidade necessária. Dessa forma, é construído um cuidado por meio da co-responsabilização, envolvendo a

promoção e a prevenção, a educação em saúde e a assistência de modo a ter uma prática em saúde que produza sentido⁴.

Este trabalho tem por objetivo evidenciar a escassez de literatura que aborde o zumbido no âmbito da atenção básica.

Métodos

Foi realizada uma revisão dos artigos publicados sobre zumbido e atenção básica indexados nas bases de dados: PubMed, Bireme, SciELO, Web of Science, Medline e Cochrane Library.

Foram utilizados descritores extraídos do *Medical Subject Headings* (MeSH), para as bases de dados PubMed, Web of Science, Medline e Cochrane Library, com a seguinte estratégia de busca: "*Tinnitus*" [Mesh] AND "*Primary Health Care*" [Mesh] OR "*Primary Care*" [MeSH].

Nas bases de dados Bireme e SciELO, foram utilizados os descritores incluídos no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), seguindo a estratégia avançada: "*Zumbido*" AND "*Atenção Primária à Saúde*" OR "*Atenção Básica*".

Os critérios de inclusão foram estudos publicados em inglês, português ou espanhol que abordem o zumbido no contexto da atenção básica.

Resultados

A partir da busca, foram localizados 11 estudos no PubMed, oito no Medline, sete na Bireme, quatro no SciELO, dois no Web of Science e um na Cochrane Library. Os 33 artigos encontrados foram do período de 1995 a 2016. Destes, 19 foram excluídos por serem comuns entre as bases de dados utilizadas e quatro, não abordavam o zumbido e/ou o âmbito específico da atenção básica.

Os dez trabalhos que cumpriram os critérios de inclusão pertenciam aos Estados Unidos^{14,15,16,17}, Brasil^{18,19}, Áustria²⁰, Espanha²¹, Holanda²² e Inglaterra²³ e tinham como área de concentração: Medicina^{15,17,20,21,22,23}, Enfermagem^{14,16}, Fonoaudiologia¹⁸ e Odontologia¹⁹.

Dos estudos selecionados, um tinha como metodologia, revisão de literatura²¹, um, relato de caso²⁰, dois eram ensaios^{14,16} e seis, estudos transversais^{17,18,19,20,22,23}. O tamanho de amostra dos estudos transversais variou de 29 a 2.000 sujeitos.

Dentre as amostras, quatro estudos tinham como sujeitos, pacientes^{17,18,20,22}, e três pesquisas, abordaram os profissionais de saúde^{15,19,23}.

Quanto à faixa etária, cinco artigos pontuam a população idosa como tendo maior incidência de zumbido e maior fator de risco devido à presença mais frequente das multicomorbidades^{17,18,20,21,22}.

Quadro 1. Caracterização dos estudos

Artigo	Ano	Instituição	Metodologia	Amostra	Aplicabilidade na atenção básica
1. The latest buzz on tinnitus Daugherty JA.	2007	University of South Florida	Ensaio	-	O cuidado com o zumbido deve iniciar na atenção básica, pois sua identificação precoce é essencial, uma vez que, apesar de normalmente benigno, pode causar alteração psicológica e também pode ser sintoma de doenças com risco de vida. Assim, é necessário que os profissionais tenham conhecimento do diagnóstico e das opções de tratamento existentes.

<p>2. Conhecimento auditivo da população usuária do Sistema Único de Saúde</p> <p>Santana CJ, Scopinho PAB, Ferreira RS, Simões TC, Santos JN.</p>	2009	Faculdade de Estudos Administrativos de Minas Gerais	Estudo transversal	255 indivíduos usuários de Unidades Básicas de Saúde	Aproximadamente metade da população relatou zumbido. Observou-se grande prevalência de hábitos auditivos prejudiciais à saúde dos usuários e concomitantemente, o conhecimento acerca dos cuidados com a audição foi insuficiente. Orientações e encaminhamentos aos serviços adequados se mostraram deficientes. Dessa forma, questiona-se a efetividade das ações de Saúde Auditiva da Atenção Básica, necessitando de maior atenção para as ações de promoção de saúde.
<p>3. The relationship between various psychosocial factors and physical symptoms reported during primary-care health examinations</p> <p>Dorner TE, Strongerger WJ, Rebhandl E, Rieder A, Freidl W.</p>	2010	Medical University of Graz	Estudo transversal	312 homens e 374 mulheres que realizam acompanhamento na atenção primária	O zumbido foi mais relacionado aos fatores de insatisfação sexual, estresse no ambiente de trabalho e dificuldade nas relações familiares. Os fatores psicossociais devem ser considerados no cuidado dos sintomas físicos na atenção primária.

<p>4. Tinnitus: Patients do not have to 'just live with it'</p> <p>Newman CW, Sandridge SA, Bea SM, Cherian K, Cherian N, Kahn KM, Kaltenbach J.</p>	2011	Cleveland Clinic Lerner College of Medicine of Case Western Reserve University	Ensaio	-	Os médicos da atenção primária precisam ter conhecimento para diagnosticar e tratar o zumbido e as demais alterações auditivas. O encaminhamento para o especialista ajuda, mas o médico deve ser capaz de ouvir o paciente e fornecer esperança e encorajamento com expectativas realistas dentro de um cuidado que requer uma equipe multidisciplinar.
<p>5. Diagnostic indicators of anxiety and depression in older dizzy patients in primary care</p> <p>Maarsingh OR, Dros J, van der Windt DA, ter Riet G, Schellevis FG, van Weert HC, van der Horst HE.</p>	2011	Vrije Universiteit Amsterdam	Estudo transversal	415 pacientes idosos que realizam acompanhamento na atenção primária	Os médicos da atenção primária devem considerar a existência de ansiedade e depressão nos pacientes idosos com tontura e demais sintomas associados, como o zumbido.

<p>6. Primary care for tinnitus: practice and opinion among GPs in England</p> <p>El-Shunnar SK, Hoare DJ, Smith S, Gander PE, Kang S, Fackrell K, Hall DA.</p>	2011	University of Nottingham	Estudo transversal	2000 médicos generalistas da atenção primária inglesa	O conhecimento e cuidado acerca do zumbido pelos médicos generalistas representa uma desigualdade entre os serviços. Poucos profissionais realizam o cuidado em saúde auditiva, apesar de ser preconizado pelo manual nacional de saúde. A disparidade entre os profissionais sobre a relevância das queixas de zumbido, mostram a necessidade de capacitação desses profissionais.
<p>7. Tinnitus evaluation in primary care</p> <p>Ruppert SD, Fay VP.</p>	2012	Texas Woman's University	Ensaio	-	Considerando a etiologia multifatorial do zumbido e o impacto negativo na qualidade de vida, sua abordagem deve começar na atenção primária com um histórico detalhado do sujeito e da queixa, exame físico incluindo testes acuréticos e então, avaliação audiológica completa. O cuidado deve focar na causa do zumbido e deve incluir médico do serviço, enfermeiro, otorrinolaringologista, audiologista e psicólogo.

<p>8. Tool Kit for Screening Otologic Function of Older Adults</p> <p>Weinstein BE.</p>	2013	City University of New York	Estudo transversal	29 sujeitos provenientes de duas clínicas de otorrinolaringologia	O zumbido aparece como alteração otológica que pode ocorrer em idosos com multicomorbidades e que teriam identificação e tratamento precoces pelo instrumento SOFI na atenção primária, visando a qualidade de vida.
<p>9. Manejo de hipoacusia neurosensorial súbita en atención primaria</p> <p>Muñoz-Proto F, Carnevale C, Bejarano-Panadés N, Ferrán-de la Cierva L, Mas-Mercant S, Sarría-Echegaray P.</p>	2013	Universidad de Mallorca	Revisão de literatura	-	A perda auditiva súbita ainda é de pouco conhecimento dos profissionais de saúde e seu diagnóstico exige um histórico detalhado, otoscopia sem alterações e avaliação audiológica. O zumbido é apontado como presente em 80% dos sujeitos que apresentam perda auditiva. É abordada a importância do médico da atenção primária em identificar alterações auditivas pela anamnese detalhada e exame físico incluindo testes acumétricos, favorecendo assim o diagnóstico precoce.

<p>10. Tinnitus and temporomandibular disorders: the knowledge of professionals for primary health care in the city of Curitiba</p> <p>Martins PF, Stechman JN, Marques JM, Martins SK, Cristoff KE, Sampaio RS, Massi G, Hummig W</p>	2016	Universidade Tuiuti do Paraná	Estudo transversal	54 cirurgiões-dentistas	Os resultados mostram que os profissionais não avaliam a ATM e os músculos mastigatórios no exame físico de rotina. Há necessidade de informar aos dentistas sobre a relação entre ATM e zumbido. Além disso, os gestores precisam ser encorajados a desenvolver uma educação continuada que fortaleça o papel do dentista na atenção primária. Assim, as consultas de rotina podem minimizar os problemas relacionados e promover mais qualidade de vida.
--	------	-------------------------------	--------------------	-------------------------	--

Os impactos psicossociais que o zumbido pode causar são mostrados em cinco artigos^{14,16,17,19,20,22} que abordam os possíveis transtornos, como dificuldade de relacionamento com os familiares, estresse no ambiente de trabalho, impotência sexual, ansiedade, depressão ressaltam a necessidade de cuidado com o objetivo de melhoria da qualidade de vida do indivíduo.

A abordagem do zumbido e o fortalecimento das ações de saúde auditiva na atenção básica são discutidos em sete artigos^{14,16,17,18,19,20,22}. Evidencia-se em seis artigos, a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde^{14,15,19,21,23}. Em dois desses trabalhos, há o apontamento de que essas capacitações devem ocorrer como parte da educação permanente^{19,23}. Além disso, duas pesquisas endossam a importância da equipe multiprofissional para assistência efetiva ao portador de zumbido^{15,16}.

Discussão

Dentre os estudos selecionados, três mostram maior relevância pela

especificidade. El-Shunnar et al.²³ aplicaram um questionário contemplando questões sobre zumbido e saúde auditiva em 2.000 médicos generalistas da atenção primária inglesa e obtiveram uma disparidade significativa entre as respostas, mostrando a necessidade de capacitação dos profissionais e como não é realizado o cuidado em saúde auditiva, mesmo sendo preconizado pelo sistema nacional de saúde.

Martins et al.¹⁹ também se utilizaram de questionários abordando o conhecimento sobre zumbido, mas com foco nas alterações temporomandibulares, para 54 cirurgiões-dentistas que atuam na atenção básica. Os resultados mostraram que ainda é preciso informar mais os profissionais sobre a relação entre as disfunções temporomandibulares e o zumbido, endossando a necessidade de os gestores dos serviços priorizarem a educação continuada com o objetivo de qualificar a prática em saúde e promover a qualidade de vida dos sujeitos.

O artigo de Newman et al.²⁰ também mostra a importância do conhecimento por parte dos profissionais da atenção primária para o cuidado do zumbido e demais alterações auditivas. Os autores pontuam que o encaminhamento para a atenção especializada é necessário, mas os profissionais da atenção básica precisam desenvolver uma escuta qualificada para abordar as expectativas e outras demandas que o indivíduo possa trazer, por isso é reforçada a relevância e a necessidade do atendimento multidisciplinar.

O cuidado com o portador de zumbido requer uma equipe multiprofissional^{15,16}, uma vez que impacta negativamente diferentes aspectos da vida do indivíduo. Ao se pensar no cuidado em rede, é possível estabelecer pontes entre os serviços visando assistência sistêmica e continuada.

Além da responsabilização do sujeito no seu próprio processo de cuidado, há necessidade da conscientização da relevância do papel de cada profissional na produção de atos cuidadores determinantes para o processo saúde-doença-cuidado^{5,24}.

Dentre a equipe necessária, o fonoaudiólogo tem papel fundamental por ser responsável pelo cuidado das alterações relacionadas à audição. No contexto da atenção básica, apesar da crescente demanda, ainda há escassez de profissionais da Fonoaudiologia^{25,26} e isso pode ser a justificativa de apenas um trabalho da área

estar presente na revisão¹⁸.

A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva²⁷ tem como objetivo garantir o cuidado em saúde auditiva em todos os níveis de atenção. No entanto 13 anos após sua implementação, ainda há dificuldade no fortalecimento da capilaridade da rede, principalmente em relação às ações na atenção básica. A audição ainda é vista como parte do escopo da atenção especializada, dificultando a articulação desde a atenção primária, fazendo com que o cuidado prestado permaneça fragmentado e transversal.

Um dos sentidos da integralidade é buscar o cuidado a partir da necessidade do indivíduo e não da doença. Nessa lógica, com a Política Nacional de Humanização²⁸, foram estabelecidas ferramentas, dentre elas o acolhimento, que permitem, nos diferentes níveis de saúde, implantar espaços de escuta qualificada com resolutividade²⁴. Ao se considerar o zumbido como demanda que impacta a qualidade de vida^{29,30}, sua abordagem dentro da concepção do acompanhamento longitudinal da atenção básica se faz necessária.

Conclusão

O zumbido é fator relevante no cuidado do indivíduo e deve ser considerado dentro da atenção integral. Sua abordagem ainda é predominante na atenção especializada, sendo necessário endossar ações relacionadas na atenção básica. É preciso também que sejam ampliados os estudos do zumbido neste contexto específico.

Referências

1. Tancredi FB. Planejamento em Saúde. In: Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Série Saúde & Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
2. Almeida Filho N. O que é saúde?. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
3. Campos GWS, Bedrikow R, Santos JA, Terra LSV, Fernandes JA, Borges FT. Direito à saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco?. Interface (Botucatu). Mar 2016; 20(56):261-6.
4. Campos GWS. Sete considerações sobre saúde e cultura. Saúde e Sociedade.

Jul 2002; 11(1):105-15.

5. Merhy EE. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec. P; 2013. p.172-82.
6. Rosa MRD, Almeida AAF, Pimenta F, Silva CG, Lima MAR, Diniz MFFM. Zumbido e ansiedade: uma revisão da literatura. Revista CEFAC. 2012; 14(4):742-54.
7. Shargorodsky J, Curhan GC, Farwell WR. Prevalence and characteristics of tinnitus among US adults. Am J Med. 2010; 123:711–8.
8. Knobel KAB, Lima MCMP. Os pais conhecem as queixas auditivas de seus filhos?. Braz J Otorhinolaryngol. 2012; 78(5):27-37.
9. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União; 19 set 1990.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Institui a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União; 28 mar 2006.
12. Sousa PL. A trajetória dos serviços e a atenção primária à saúde na história de vida de suas usuárias. [dissertação] São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010.
13. Cardoso JR, Oliveira GN, Furlan PG. Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil. Cad Saude Publica. 2016; 32(3).
14. Daugherty, JA. The latest buzz on tinnitus. Nurse Practitioner. 2007; 32(10):42-7.
15. Newman CW, Sandridge SA, Bea SM, Cherian K, Cherian N, Kahn KM, Kaltenbach J. Tinnitus: Patients do not have to ‘just live with it’. Cleve Clin J Med. May 2011; 78(5):312-9.
16. Ruppert SD, Fay VP. Tinnitus evaluation in primary care. Nurse Practitioner. 10 Oct 2012; 37(10):26–7.
17. Weinstein BE. Tool Kit for Screening Otologic Function of Older Adults. Am J Audiol. Jun 2013; 22:179-82.

18. Santana CJ, Scopinho PAB, Ferreira RS, Simões TC, Santos JN. Conhecimento auditivo da população usuária do Sistema Único de Saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 2009; 14(1):75-82.
19. Martins PF, Stechman JN, Marques JM, Martins SK, Cristoff KE, Sampaio RS, Massi G, Hummig W. Tinnitus and temporomandibular disorders: the knowledge of professionals for primary health care in the city of Curitiba. *Int Tinnitus J*. 2016; 20(1):18-23.
20. Dorner TE, Stronegger WJ, Rebhandl E, Rieder A, Freidl W. The relationship between various psychosocial factors and physical symptoms reported during primary-care health examinations. *Wien Klin Wochenschr*. 2010; 122.
21. Muñoz-Proto F, Carnevale C, Bejarano-Panadés N, Ferrán-de la Cierva L, Mas-Mercant S, Sarría-Echegaray P. Manejo de hipoacusia neurosensorial súbita en atención primaria. *Semergen*. 2014; 40:149-54.
22. Maarsingh OR, Dros J, van der Windt DA, ter Riet G, Schellevis FG, van Weert HC, van der Horst HE. Diagnostic Indicators of Anxiety and Depression in Older Dizzy Patients in Primary Care. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2011; 24(2):98-107.
23. El-Shunnar SK, Hoare DJ, Smith S, Gander PE, Kang S, Fackrell K, Hall DA. Primary care for tinnitus: Practice and opinion among GPs in England. *J Eval Clin Pract*. Jun 2011; 17(4):684-92.
24. Silva RM, Andrade LOM. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. *Physis*. 2014; 24(4):1207-28.
25. Paro CA, Vianna NG, Lima MCMP. Investigando a adesão ao atendimento fonoaudiológico no contexto da atenção básica. *Revista CEFAC*. Out 2013; 15(5):1316-24.
26. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA, Rodrigues M. Assistência fonoaudiológica no SUS: a ampliação do acesso e o desafio de superação das desigualdades. *Revista CEFAC*. Fev 2015; 17(1):71-9.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. *Diário Oficial da União*; 28 set 2004.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da

Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

29. Lasisi AO, Gureje O. Prevalence of insomnia and impact on quality of life among community elderly with tinnitus. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2011; 120(4):226-30.

30. Mathias KV, Mezzasalma MA, Nardi AE. Prevalência de transtorno de pânico em pacientes com zumbidos. *Rev Psiquiatr Clín.* 2011; 38(4):139-142.

4. OBJETIVOS

Objetivo geral

Investigar o conhecimento sobre o zumbido, as ações e os cuidados direcionados ao portador de zumbido sob a perspectiva dos profissionais de saúde da atenção básica.

Objetivos específicos

- Estabelecer o perfil dos profissionais de saúde entrevistados;
- Analisar a relação entre o conhecimento sobre o cuidado com o portador de zumbido e o perfil dos entrevistados;
- Propor um fluxo de cuidado para o portador de zumbido na atenção básica.

5. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantiqualitativa, aprovada sob parecer nº 1.595.502/2016 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Fez-se o levantamento do Índice de Condições de Vida (ICV) de todos os CS do município de Campinas. O ICV é uma extensão do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e compreende indicadores como renda, educação, infância, habitação e longevidade, de modo a retratar as principais condições de vida observáveis⁵⁴. Dentre os dados obtidos do ICV, dois distritos apresentavam todos os valores do índice existentes no município (1 a 4).

Por questão de viabilidade para o processo de coleta de dados e maior proximidade de contato com a gestão das unidades, foi escolhido o distrito de saúde com todos os valores de ICV e que contém 12 CS em um raio de 39 km.

A partir do cadastro da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, foi levantado o número de médicos (com exceção de pediatras e ginecologistas), enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem registrados em cada unidade, por área de atuação, por se tratar dos profissionais envolvidos na linha de cuidado desde o acolhimento. Obteve-se o número de 1.590 profissionais cadastrados no município, sendo então realizado o cálculo necessário para uma amostra significativa e relevante para cada CS.

A amostra constitui-se de 170 sujeitos, sendo 100 técnicos ou auxiliares de enfermagem, 29 enfermeiros e 41 médicos.

A todos os sujeitos foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I) para anuência e assinatura. Os critérios de inclusão são profissionais pertencentes às categorias de médicos, enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem, atuantes nas unidades selecionadas que assinaram o TCLE e concordaram em participar do estudo.

5.1 Coleta de dados

Construiu-se a caracterização do perfil dos sujeitos envolvendo gênero, idade, profissão, tempo e local de formação, tempo de atuação na atenção básica e no CS.

A coleta de dados ocorreu no local de trabalho dos profissionais e em horário que não interferisse em sua rotina, por meio de entrevista semiestruturada, gravada em áudio e norteadas pelas seguintes questões-chave:

- a) Quando os profissionais questionam ao paciente sobre sua audição, na unidade?
- b) Se um paciente apresenta queixa de zumbido, qual a conduta na unidade?
- c) Dentre os dispositivos já existentes na unidade (grupos, visitas domiciliares, reuniões, etc.) em quais você acha que poderiam ser incluídas atividades relacionadas ao zumbido?

As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra.

5.2 Análise de dados

Para a análise qualitativa, foi utilizada a técnica de processamento de dados do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁵⁵, tendo como fundamento, a Teoria da Representação Social que mostra que qualquer grupo ou sociedade funciona dentro de um sistema no qual transitam os mais variados aspectos, como crença, contexto histórico e condições de vida^{50,51}.

O método considera o discurso como objeto de estudo e o utiliza como uma variável qualitativa, pela subjetividade e singularidade do sujeito, e quantitativa, porque os graus de compartilhamento dentre as diversas opiniões dentro do grupo podem ser mensurados⁵⁵.

Os dados transcritos foram inseridos no software DSCSoft para a verificação das ideias centrais (IC), expressão linguística que representa a subjetividade de cada depoimento individual. As IC selecionadas foram categorizadas de acordo com o critério de repetição, em que há o agrupamento dos dados que são comuns aos sujeitos⁵⁶.

Com o auxílio do software, organizaram-se os dados em forma de texto a partir das IC, com o objetivo de elaboração de um discurso-síntese que compreende uma expressão objetiva, a partir dos discursos individuais^{51,57,58}. Por escolha das pesquisadoras, a partir das categorias selecionadas, foi construído um DSC para cada área profissional.

Na análise estatística (Anexo II), para estudar as associações entre as variáveis qualitativas foi aplicado o teste Qui-quadrado⁵⁹. Para os casos em que os pressupostos do teste Qui-quadrado não foram atendidos, foi aplicado o teste exato de Fisher⁶⁰.

Para as comparações envolvendo uma variável qualitativa com duas categorias com relação a uma variável quantitativa, foi aplicado o teste t de Student não pareado ou o teste não-paramétrico de Mann-Whitney⁵⁹, de acordo com a distribuição dos dados. E para as comparações envolvendo uma variável qualitativa com mais de duas categorias com relação a uma variável quantitativa, foi aplicado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis⁵⁹ seguido do pós-teste de Dunn.

A correlação entre o tempo de formação e o tempo de atuação na atenção básica foi avaliada por meio do coeficiente de correlação de Spearman⁵⁹. Esse coeficiente é não paramétrico e varia de -1 a 1, em que valores mais próximos de -1 indicam uma relação negativa ou inversa entre as variáveis, valores próximos a 1, uma relação positiva e valores próximos a 0 indicam ausência de correlação. Cohen (1988) sugere a seguinte classificação do coeficiente de correlação: 0,1 a 0,29 (fraca), 0,30 a 0,49 (moderada) e maior ou igual a 0,50 (forte)⁶¹.

Para todas as análises foi considerado um nível de significância igual a 5%.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Perfil dos profissionais

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como objetivo o estabelecimento da prática integral e humanizada em saúde, na qual a equipe envolvida tenha vinculação entre si e com a comunidade. Entretanto, nas diferentes formações, há divergência acerca das concepções de saúde-doença-cuidado, e, nem sempre a ênfase se materializa na integralidade do cuidado^{28,29,30}.

Considerando a constituição mínima da equipe de acordo com a ESF - médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde - já se faz necessário e é intrínseco à modalidade o trabalho em equipe, fazendo com que a articulação ocorra na atuação interdisciplinar, ao se refletir e construir na prática do outro que traz consigo uma série de crenças, vivências e modos de se fazer saúde que devem ser considerados no modelo de cuidado a ser prestado^{7,8,62,63}.

Por isso, se faz necessário o conhecimento acerca do perfil, formação e histórico de vivências e experiências dos profissionais envolvidos nos processos de cuidado para otimizar a organização de trabalho, promover as reflexões necessárias das práticas em saúde e investir na educação permanente em saúde conforme as necessidades.

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos sujeitos em relação ao gênero, local de formação, tipo de formação dos técnicos ou auxiliares de enfermagem, e especialização.

Tabela 1. Caracterização quanto ao gênero, formação e especialização

N=170

Variável	Grupo					
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos/Auxiliares	
	N	%	N	%	N	%
Gênero						
Feminino	21	51,22	26	89,6	95	95,00
Masculino	20	48,78	3	10,3	5	5,00
Local de formação						
Cuba - Pública	14	34,15	0	0,00	0	0,00
Particular	10	24,39	9	31,0	73	73,00
Pública	17	41,46	20	68,9	27	27,00
Especialização						
Sim	40	97,56	22	75,8	-	-
Não	1	2,44	7	24,1	-	-
Formação						
Auxiliar	-	-	-	-	75	75
Técnico	-	-	-	-	25	25

No caso dos profissionais entrevistados, a maioria pertence ao gênero feminino, indo ao encontro da literatura que mostra a tendência de feminização do trabalho na atenção básica^{64,65,66,67}. A média de idade entre os grupos foi de 42,10 para os médicos, 34,86 para os enfermeiros e 45,37 para os técnicos ou auxiliares, havendo ocorrência de idade de 19 a 68 anos entre os entrevistados. O tempo de formação, variou entre menos de um ano e mais de 30 anos de formado, com proximidade da média de tempo entre médicos e técnicos ou auxiliares, sendo de 17,86 e 17,85 anos, respectivamente. Em relação ao tempo de atuação na atenção básica, também houve variação de menos de um ano a mais de 30 anos, sendo que os enfermeiros apresentaram média de tempo menor (6,58 anos) de atuação quando comparados com as demais categorias profissionais. Os dados relativos à idade, tempo de formação e de atuação mostram que na atenção básica ocorre a consolidação de uma geração mais antiga de trabalhadores ao mesmo tempo em que há renovação de recursos humanos^{64,65,66,67}.

Na tabela 2, pode ser vista a caracterização dos entrevistados em relação à idade, tempo de formação, tempo de atuação na atenção básica e no CS.

Tabela 2. Caracterização quanto à idade, tempo de formação e de atuação

N=170

Variável	Grupo	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Idade	Médicos	41	42,10	10,11	25,00	60,00
	Enfermeiros	29	34,86	7,89	25,00	56,00
	Técnicos e auxiliares	100	45,37	10,43	19,00	68,00
Tempo formação	Médicos	41	17,86	10,62	0,67	34,00
	Enfermeiros	29	10,07	6,89	3,00	33,00
	Técnicos e auxiliares	100	17,85	7,88	1,50	38,00
Tempo AB	Médicos	41	13,36	9,67	0,25	32,00
	Enfermeiros	29	6,58	5,40	0,33	21,00
	Técnicos e auxiliares	100	13,61	8,24	0,08	30,00
Tempo CS	Médicos	41	5,76	6,45	0,25	25,00
	Enfermeiros	29	3,70	2,94	0,25	12,00
	Técnicos e auxiliares	100	9,96	7,69	0,08	28,00

O tempo de atuação no centro de saúde é menor do que na atenção básica nas três categorias entrevistadas, corroborando a alta rotatividade existente nas unidades de saúde devido a questões salariais, a condições de trabalho, a carga horária excessiva, entre outras^{62,68}. A maioria dos médicos (n=31) e enfermeiros (n=20) tem formação em instituição pública, suscitando a hipótese de que são os locais nos quais é possível ter maior contato com a atenção básica e que têm a grade curricular com maior carga horária destinada às disciplinas referentes à saúde pública. Uma particularidade em relação à formação destes profissionais é que dos 41 médicos entrevistados, 14 são médicos cubanos do Programa Mais Médicos⁶⁹ constituindo estes a amostra de profissionais oriundos de instituições públicas, uma vez que, no modelo de educação cubano, todas as instituições de ensino superior são públicas.

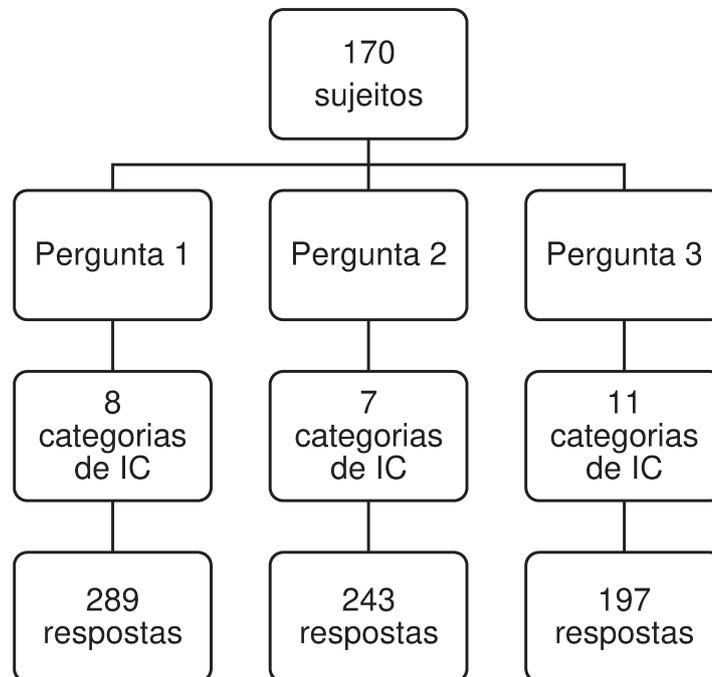
A maioria dos médicos (97,56%) e dos enfermeiros (75,86%) apresentam pelo menos uma especialização, reforçando a tendência de os profissionais continuarem os estudos após o ensino superior e principalmente entre os médicos devido à realização da residência que ainda é mais frequente do que as demais especializações^{64,65,66,67}. Dentre os técnicos ou auxiliares, a maior ocorrência é de auxiliares de enfermagem, devido ao vínculo contratual mais antigo que predomina nessa categoria profissional, e a maior parte da formação ocorreu em instituição

particular por ser de mais fácil acesso e predomínio dessa modalidade no ensino técnico.

6.2 Análise dos discursos

Para cada resposta analisada, há a possibilidade de ocorrência de mais de uma IC, não havendo relação direta entre o número de depoimentos e o número de IC, e cada grupo de entrevistados não está presente necessariamente em todas as categorias, como pode ser visto no Fluxograma 1.

Fluxograma 1. Desdobramento das respostas a partir das IC



6.2.1 Pergunta 1 - Quando os profissionais questionam ao paciente sobre sua audição, na unidade?

Para a primeira pergunta, foram estabelecidas oito categorias a partir das IC:

A queixa parte do paciente
No acolhimento
Quando o profissional percebe
Não faz parte da rotina
Dependente da faixa etária
Na consulta médica
Faz parte da rotina
Na consulta de enfermagem

Dentre os enfermeiros, a maior prevalência foi na categoria “Não faz parte da rotina” (58,62%). A maior ocorrência foi de “A queixa parte do paciente” para os médicos (80,49%) e para os técnicos ou auxiliares de enfermagem (67%), como pode ser visto nas Tabelas 3, 4 e 5.

Tabela 3. Frequência dos *enfermeiros* nas categorias da pergunta1:
Quando os profissionais questionam ao paciente sobre sua audição, na unidade?

N=29

Categoria	(N)	Frequência relativa (IC)	Frequência relativa (entrevistados)
		Total = 53	Total = 29
A queixa parte do paciente	15	28,30%	51,72%
No acolhimento	3	5,66%	10,34%
Quando o profissional percebe	12	22,64%	41,38%
Não faz parte da rotina	17	32,08%	58,62%
Dependente da faixa etária	1	1,89%	3,45%
Na consulta de enfermagem	5	9,43%	17,24%

Tabela 4. Frequência dos *médicos* nas categorias da pergunta 1:
Quando os profissionais questionam ao paciente sobre sua audição, na unidade?

N=41

Categoria	(N)	Frequência relativa (IC)	Frequência relativa (entrevistados)
		Total = 83	Total = 41
A queixa parte do paciente	33	39,76%	80,49%
Quando o profissional percebe	12	14,46%	29,27%
Não faz parte da rotina	19	22,89%	46,34%
Dependente da faixa etária	12	14,46%	29,27%
Na consulta médica	4	4,82%	9,76%
Faz parte da rotina	3	3,61%	7,32%

Tabela 5. Frequência dos *técnicos ou auxiliares de enfermagem* nas categorias da pergunta 1: *Quando os profissionais questionam ao paciente sobre sua audição, na unidade?*

N=100

Categoria	(N)	Frequência relativa (IC)	Frequência relativa (entrevistados)
		Total = 153	Total = 100
A queixa parte do paciente	67	43,79%	67%
No acolhimento	10	6,54%	10%
Quando o profissional percebe	10	6,54%	10%
Não faz parte da rotina	61	39,87%	61%
Dependente da faixa etária	3	1,96%	3%
Na consulta médica	2	1,31%	2%

Na análise estatística, houve valor significativo na associação dos grupos de entrevistados com as categorias “A queixa parte do paciente”, “Quando o profissional percebe” e “Dependente da faixa etária”; e entre o local de formação e as categorias “Quando o profissional percebe” e “Dependente da faixa etária”.

No Quadro 1, são apresentados os DSC por categoria para cada grupo de

entrevistados.

Quadro 1. DSC por categoria e grupo de entrevistados da pergunta 1:
Quando os profissionais questionam ao paciente sobre sua audição, na unidade?

Categoria	Discurso do Sujeito Coletivo	(N)
5.2.1.1 A queixa parte do paciente	Enfermeiros “Geralmente, a gente espera eles falarem sobre a audição. São eles que trazem a queixa mesmo ou uma queixa relacionada. Eles vêm com queixa de problemas auditivos, de tontura ou de dor no ouvido. Mas se não vem com a queixa, a gente não pergunta”.	15
	Médicos “É o paciente que traz a queixa inicialmente. Quando tem algum problema auditivo, ele reclama. Ele fala de zumbido, de dificuldade para ouvir ou de uma labirintite, mas se não tem a queixa, o tema não é abordado”.	33
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “Só quando o paciente tem queixa mesmo. É o paciente que chega com queixa de algum problema para ouvir, de cerúmen, de dor no ouvido, de labirintite. Se o paciente não traz a queixa, a gente não pergunta”.	67
5.2.1.2 No acolhimento	Enfermeiros “O acolhimento é a parte que a gente mais acompanha e é onde eu tenho a certeza de que é perguntado”.	3
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “É no acolhimento, porque é a porta de entrada e tudo vai para o acolhimento. O paciente chega com a queixa, que é a queixa do dia, a gente tem que acolher e discutir, porque é baseado na queixa-conduta”.	10
5.2.1.3 Quando o profissional percebe	Enfermeiros “A gente só pergunta quando tem uma percepção clara que o paciente tem um problema auditivo. A gente vai conversando com ele, vê que ele não está ouvindo ou que não está entendendo, então a gente fala mais alto, fala mais devagar e acaba perguntando. Mas se a gente não percebe algum déficit, a gente não pergunta”.	12
	Médicos “Eu só pergunto quando eu converso com o paciente e vejo que ele não está entendendo o que eu digo, então eu percebo que ele tem alguma dificuldade auditiva e investigo”.	19
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “Eu só pergunto quando eu estou falando com ele e eu percebo que ele não entende o que eu estou falando, então a gente fala mais alto e, às vezes, pergunta sobre a audição”.	10
5.2.1.4 Não faz	Enfermeiros “Eu não tenho o costume de perguntar e nunca vi os outros profissionais perguntando. Não é nossa rotina perguntar sobre a audição. Acho que não faz parte das perguntas mais feitas durante o acolhimento ou um atendimento primário”.	17
	Médicos	

parte da rotina	“A gente não tem mesmo o costume de perguntar. Eu não tenho um protocolo que envolva isso e a equipe não tem uma rotina de práticas de saúde auditiva. Acho que a audição ainda é um tema pouco discutido entre os profissionais da atenção básica”.	19
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “Para dizer a verdade, eu acho que é bem difícil ver alguém perguntando. Acho que quase nunca. De rotina, ninguém pergunta. Eu pessoalmente, nunca perguntei. Acho que o médico deve ter o costume de perguntar, mas também não tenho certeza”.	61
5.2.1.5 Dependente da faixa etária	Enfermeiros “Eu pergunto mais para idoso, porque nenhum ouve bem”.	1
	Médicos “Com as crianças, a gente nem pergunta, porque já vem com o teste da orelhinha feito. Para o adulto, a gente acaba perguntando só se tem alguma relação com o trabalho ou exposição a ruído. A gente sempre pergunta mesmo para a população mais idosa, porque já tem predisposição às doenças do aparelho auditivo e às comorbidades e acaba sendo quem tem mais dificuldade de entendimento durante a consulta e quem acaba se queixando mais também”.	12
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “Acredito que somente os pediatras têm uma visão mais ampliada da questão da audição. Se é adulto, você nem pergunta. Mas se já é um paciente idoso, que você sabe que eles têm um pouquinho mais de dificuldade para entender ou já tem labirintite, aí você acaba perguntando alguma coisa”.	3
5.2.1.6 Na consulta médica	Médicos “Em teoria, é perguntado em toda consulta clínica de rotina mesmo. Mas também acredito que seja perguntado apenas na consulta de rotina”.	4
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “Eu acho que deve ser perguntado na consulta médica de rotina mesmo”.	2
5.2.1.7 Faz parte da rotina	Médicos “Acho que isso é um dos elementos da consulta. Eu pergunto uma série de coisas sobre a vida do paciente e às vezes aparece a questão da audição. Mas acredito que não é nem sempre e nem nunca. Eu não sei dizer sobre os outros, mas eu costumo perguntar, porque pode fazer parte da rotina também”.	3
5.2.1.8 Na consulta de enfermagem	Enfermeiros “Eu pergunto só na consulta de enfermagem que é individual e normalmente são pacientes crônicos então você acaba perguntando se está escutando bem”.	5

As respostas para essa questão suscitam, no mínimo, dois pontos para começar a discussão: primeiro, como o ouvir é desvalorizado e a audição não é

considerada na atenção básica, ainda é vista como questão especializada e não há abordagem integral do sujeito. O segundo ponto revela que a integralidade do cuidado é fracionada e sujeita às necessidades imediatas, e a prática em saúde só se inicia, se o sujeito apresenta a queixa.

A audição se constitui como uma habilidade para se estabelecer a comunicação verbal, tendo impacto direto no desenvolvimento psicossocial do indivíduo, afetando a forma como ele entende e vivencia o mundo^{70,71}. Considerando uma linha de cuidado integral, como endossadas na PNAB e na PNH, a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva determina um conjunto de ações que envolve promoção de saúde, prevenção de agravos, educação continuada, diagnóstico, reabilitação e manutenção da saúde^{7,8,11,19}.

As atividades previstas perpassam os diversos níveis de complexidade de atenção à saúde e o zumbido é citado como alteração auditiva observada no adulto e que deve ser encaminhada para atenção especializada. No entanto, o zumbido não é alteração auditiva exclusiva do adulto. Nas pessoas acima de 60 anos, a incidência de zumbido ultrapassa os 35%, sendo assim, fator relevante para o cuidado de qualquer faixa etária^{23,24,25}.

Mesmo diante da incidência e relevância da identificação do zumbido na população, o mesmo ainda tem caráter especializado e não é abordado no contexto da atenção básica. A responsabilidade pela integralidade no cuidado, é de todo profissional, no entanto, como profissional capacitado para as questões relativas à audição, o fonoaudiólogo pode exercer seu papel não apenas na assistência direta, porque nem sempre está presente no SUS apesar da demanda existente; mas também como multiplicador do conhecimento de seu núcleo específico^{6,26,27}.

Mais recente ainda foi a entrada da Fonoaudiologia na área da Saúde Coletiva e ainda é pouco desenvolvida, tanto no campo conceitual quanto prático. Neste âmbito específico, a atuação do fonoaudiólogo requer um redimensionamento do seu papel e função. Esse exercício permite maior aproximação da promoção e prevenção, bem como constituição enquanto profissional da saúde^{72,73}, endossando uma Fonoaudiologia ampliada

A consideração dos contextos sociais, culturais, econômicos e políticos na prática permite a atuação da Fonoaudiologia da realidade que atinge a saúde em

seu sentido mais amplo, assumindo uma clínica que tem potencialidade no fazer em saúde, coletiva e ampliada. Dessa maneira, devem ser traçados caminhos de possibilidades e mobilidade a partir do estudo das necessidades, estabelecendo o processo saúde-doença-cuidado dialógico entre conceitos, pessoas e serviços, reafirmando o compromisso com a defesa da vida^{74,75,76}.

Todo espaço de saúde é uma possibilidade de troca, de diálogo e de construção da autonomia do sujeito. Por não ser palpável, o zumbido representa um objeto de difícil abordagem, assim como as questões no âmbito da saúde mental, uma vez que os indivíduos em geral, e os profissionais de saúde em particular, têm dificuldade de lidar com o que é subjetivo. A imaterialidade do zumbido se constitui em sua própria definição: percepção fantasma. Ao mesmo tempo em que abarca o desconhecido, traz o medo, inclusive do próprio desconhecido, porque o modo como afeta a vida de cada sujeito, só ele sabe dimensionar. O profissional de saúde deve ser/estar permeável para o sofrimento, agudo ou crônico, para que o encontro em saúde seja contínuo e de elaboração conjunta^{52,77,78,79}.

6.2.2 Pergunta 2 - Se um paciente apresenta queixa de zumbido, qual a conduta na unidade?

Para a segunda pergunta foram criadas sete categorias:

Avaliação médica
Encaminhamento para especialidade
Avaliação da enfermagem
Fluxo do acolhimento
Desconhecimento
Discussão com a equipe
Levantamento da queixa

Dentre os três grupos de entrevistados, a categoria “Avaliação médica” foi a mais prevalente, tendo ocorrência de 79,31% entre os enfermeiros, 90,24% entre os médicos e de 65% entre os técnicos ou auxiliares de enfermagem. Este e os demais dados em relação a esta pergunta estão nas Tabelas 6, 7 e 8.

Tabela 6. Frequência dos *enfermeiros* nas categorias da pergunta 2:
Se um paciente apresenta queixa de zumbido, qual a conduta na unidade?

N=29

Categoria	(N)	Frequência relativa (IC)	Frequência relativa (entrevistados)
		Total = 55	Total = 29
Avaliação médica	23	41,82%	79,31%
Encaminhamento para especialidade	18	32,73%	62,07%
Avaliação da enfermagem	11	20%	37,93%
Fluxo do acolhimento	2	3,64%	6,90%
Desconhecimento	1	1,82%	3,45%

Tabela 7. Frequência dos *médicos* nas categorias da pergunta 2:
Se um paciente apresenta queixa de zumbido, qual a conduta na unidade?

N=41

Categoria	(N)	Frequência relativa (IC)	Frequência relativa (entrevistados)
		Total = 71	Total = 41
Avaliação médica	37	52,11%	90,24%
Encaminhamento para especialidade	33	46,48%	80,49%
Discussão com a equipe	1	1,41%	2,44%

Tabela 8. Frequência dos *técnicos ou auxiliares de enfermagem* nas categorias da pergunta 2: *Se um paciente apresenta queixa de zumbido, qual a conduta na unidade?*

N=100

Categoria	(N)	Frequência relativa (IC)	Frequência relativa (entrevistados)
		Total = 116	Total = 100
Avaliação médica	65	56,03%	65%
Encaminhamento para especialidade	20	17,24%	20%
Avaliação da enfermagem	6	5,17%	6%
Fluxo do acolhimento	20	17,24%	20%
Desconhecimento	2	1,72%	2%
Levantamento da queixa	3	2,39%	3%

Houve valor estatístico significativo na associação entre os grupos de entrevistados e as categorias “Avaliação médica”, “Encaminhamento para especialidade”, “Avaliação da enfermagem” e “Fluxo do acolhimento”; e do local de formação com as categorias “Avaliação médica” e “Encaminhamento para especialidade”. Também foi significativa a comparação entre tempo de atuação na atenção básica e tempo de formação, e a categoria “Avaliação de enfermagem”.

No quadro 2, estão os DSC correspondentes a cada grupo de entrevistados por categoria da segunda pergunta.

Quadro 2. DSC por categoria e grupo de entrevistados da pergunta 2:
Se um paciente apresenta queixa de zumbido, qual a conduta na unidade?

Categoria	Discurso do Sujeito Coletivo	(N)
5.2.2.1 Avaliação médica	Enfermeiros “A conduta é passar pela avaliação médica. Se for uma queixa aguda, pontual, que chega no acolhimento, já passa com o clínico que está na retaguarda para que ele dê a conduta. Mas se é uma queixa que já é crônica, de mais tempo, aí então tem que agendar uma consulta com o clínico da equipe de referência”.	23
	Médicos “A gente primeiro faz o levantamento de um histórico detalhado para entender a queixa e poder investigar a causa desse zumbido. Precisamos descartar causas metabólicas ou relacionadas a outros distúrbios como labirintite. Então fazemos um exame físico detalhado,	37

	até porque pode envolver alterações neurológicas em alguns casos, e com a otoscopia, verificamos o conduto auditivo para descartar presença de corpo estranho ou cerúmen impactado. Havendo necessidade, realizamos lavagem do ouvido ou teste terapêutico com alguma medicação, tentando resolver o caso aqui no centro de saúde mesmo, mas não é fácil tratar zumbido”.	
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “A gente como técnico ou auxiliar, tem que passar a informação para frente. Então, temos que passar para o clínico, já que a gente não tem especialista aqui na unidade, para que ele possa avaliar, porque normalmente é alteração de pressão, labirintite ou precisa de lavagem de ouvido. Quando o paciente chega com uma queixa de zumbido que é aguda, que é a queixa do dia, a gente tenta o encaixe para passar com o médico no dia, mas se já é uma queixa de mais tempo, crônica, então aí agenda consulta com o clínico da área de referência”.	65
5.2.2.2 Encaminhamento para especialidade	Enfermeiros “Normalmente, encaminha para a especialidade. A gente tenta encaminhar para fono, mas quase não tem, então acaba encaminhando para o otorrino mesmo e às vezes para o neuro, quando precisa”.	18
	Médicos “Como o zumbido é um desafio, eu acabo pedindo ajuda quando não consigo resolver aqui na unidade mesmo. Então encaminho para o otorrino, que a gente tem maior facilidade de conseguir, porque é difícil ter acesso à fono. Também é difícil ter o retorno da contra-referência e a consulta às vezes pode demorar”.	33
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “A conduta do clínico acaba sendo encaminhar para o especialista. O encaminhamento costuma ser para o otorrino ou outra especialidade que ele achar necessário, porque a gente tem dificuldade de encaminhar para fono”.	20
5.2.2.3 Avaliação da enfermagem	Enfermeiros “Geralmente, a gente faz uma avaliação, pergunta se já teve alguma alteração na audição, faz um exame físico e na otoscopia, vê se tem alguma coisa no conduto auditivo. Se tiver cerúmen, a gente já orienta o uso do Cerumin e agenda limpeza com o médico. A gente também questiona sobre o trabalho, a profissão, para ver se tem alguma coisa relacionada à ocupação do paciente. E aí, a gente vai encaminhando para o que for preciso”.	11
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “A gente atende o paciente no acolhimento, pergunta como está a audição, se tem dor ou secreção, e passa para a enfermeira avaliar. É a enfermeira que vai orientar uso de Cerumin se tiver cera e encaminhar se precisar. É a enfermeira que dá a conduta”.	6
	Enfermeiros “O paciente passa pelo acolhimento, que é sempre feito pelo técnico ou auxiliar de enfermagem e aí passa pela avaliação do enfermeiro. Aí eu vou avaliar, fazer otoscopia, perguntar sobre comorbidades, sobre o trabalho, e discuto com o médico. Se eu não conseguir resolver,	2

5.2.2.4 Fluxo do acolhimento	encaminhado para o clínico e aí ele dá a conduta, e vê se é necessário algum outro encaminhamento, para o otorrino, geralmente”.	
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “A gente segue todo o cronograma do acolhimento. A gente, como técnico ou auxiliar, puxa o prontuário do paciente, pergunta tudo sobre a queixa, o histórico, se tem tontura ou dor de cabeça relacionada, vê os sinais vitais e deixa tudo relatado. Aí a gente passa para o enfermeiro, que avalia, e passa para o médico, que vai dar a conduta dele e encaminhar se precisar”.	20
5.2.2.5 Desconhecimento	Enfermeiros “Qual é a nossa conduta nesse caso? Não sei te dizer. Não sei te dizer porque eu nunca acompanhei de perto um caso assim para te dizer qual foi a conduta”.	1
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “Olha, eu nunca escutei falar de zumbido. De audição, só me falaram que não estão escutando e normalmente, é cera. Mas fora isso, não sei o que fazer”.	2
5.2.2.6 Discussão com a equipe	Médicos “O tema de zumbido, nós avaliamos o caso, fazemos o exame físico e levamos para reunião de equipe, porque a gente precisa da equipe junto em todos os casos”.	1
5.2.2.7 Levantamento da queixa	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “Quando eu estou no acolhimento, geralmente eu dou uma olhada no prontuário do paciente e aí vou perguntando. Questiono há quanto tempo está sentindo isso, se tem mais alguém na família que tem esse tipo de problema, se tem dor, se não tem e aí a gente vai perguntando tudo”.	3

Desde o século XIX, vivenciamos uma mudança das práticas cuidadoras. Inicialmente estas eram caracterizadas pela ocorrência de uma determinada doença e, então, era estabelecido um plano de ação específico em que havia uma concentração de recursos e saberes. Com o passar do tempo, a mudança se deu em relação à abordagem do próprio adoecimento, que passou a ser considerado como qualquer manifestação dentro do processo saúde-doença e passou a ser visto dentro de sua singularidade. Isso se deu também pela ampliação de compreensão da saúde para além do campo de prática científica, passando a integrar ponto de intersecção das práticas sociais e de cidadania^{80,81,82}.

Tendo em vista essa mudança de concepção e de atuação, mais do que refletir acerca da prática, cabe reforçar a tendência de abordagem da práxis no fazer em saúde por falarmos de relações humanas e a necessidade de constituição de um encontro dialético^{83,84}. Esse processo se dá no que Merhy (2013) coloca como

intersecção partilhada, uma vez que toda a produção de cuidado se dá de forma compartilhada entre os sujeitos envolvidos⁴⁴.

Por tratarmos do processo de cuidado como constituído por relações, cabe resgatar que, por ainda haver conflitos de modelos de atuação na prática, muitas das vezes as tecnologias leves são desvalorizadas e subjugadas às tecnologias duras. Esse modo de organização se estende aos processos de trabalho e níveis institucionais, reforçando um modelo de atenção hierarquizado, privilegiando a assistência verticalizada ao invés do modelo de rede que endossa as relações horizontais^{47,85}.

Os meios de mudança do fazer em saúde são variados e é consenso que o ponto de partida é o encontro entre os sujeitos no processo de cuidado. Coelho e Jorge (2009) discutem a *tecnologia das relações*, trazendo a necessidade de práticas humanizadas construídas com base no vínculo, no conhecimento e no diálogo, podendo ser diretamente relacionadas com o emprego das tecnologias leves⁸⁶. Ampliando para as necessidades dos métodos e meios de ação efetivos, podemos incluir na discussão as *tecnologias sociais*⁸⁷, como reflexão das técnicas utilizadas, de modo a considerar a simplicidade e os possíveis impactos sociais envolvidos.

As modalidades de tecnologia empregadas no cuidado desencadeiam, ou não, a fragmentação do processo. A centralização do cuidado, no caso na figura do médico, desacredita a multiplicidade de necessidades, sentidos e processos que constituem a linha de cuidado e que partem do plano terapêutico do sujeito, envolvendo diversos profissionais e serviços que resultam em uma prática integral^{88,89}.

No conceito de saúde diferenciado de aceções puramente biomédicas, um amplo conjunto de fatores está relacionado à qualidade de vida, que aglutina elementos filosóficos e sociais. Nessa concepção, cada sujeito é protagonista de sua vida, de seu processo de saúde, de sofrimento e de adoecimento e tem a liberdade e a autonomia para recriar seu cuidado a partir da variabilidade do meio no qual está inserido^{31,33,35}. Assim, cabe ao profissional de saúde propor um cuidado de escuta, de investigação, de procura das informações visando a construção de um estado de saúde distanciando-se do modelo hospitalocêntrico e médico-centrado, a partir da

demanda do indivíduo^{31,32}.

O tópico de encaminhamento para a especialidade evidencia a necessidade de uma rede de atenção em saúde. No entanto, muitas vezes, há dificuldade de fluxo e comunicação, comprometendo a resolutividade e a integralidade, havendo necessidade de reorganização dos processos de trabalho e repactuação da responsabilização do cuidado^{76,90,91}. Quando não há essa articulação em rede ocorre um *cuidado de rolamento*, que aqui definimos como a transferência da responsabilidade e da assistência para o profissional e/ou serviço seguinte ou para o próximo nível de atenção.

Nesse processo que envolve responsabilização pela saúde, é imprescindível a articulação intersetorial como forma de transformação coletiva, com autonomia na tomada de decisões^{34,35}. A participação se dá na microesfera havendo a (co)responsabilização pelo cuidado em si, mas ocorre também na macroesfera que atinge o âmbito político seja nos Conselhos Municipais de Saúde ou no Conselho Nacional de Saúde. O objetivo é a apropriação e o empoderamento de todos os atores do processo.

Pela dificuldade de articulação e organização dos processos de trabalho, o fazer em saúde se torna fragmentado ou incompleto. No contexto da atenção básica, aspectos como a alta rotatividade de profissionais, a questão salarial, a carga horária, os modelos de gestão e a grande demanda impactam diretamente no cuidado^{7,8,63,68}.

A concepção de saúde ecoa diretamente na formação dos profissionais que devem estar de acordo com a realidade da população atendida, considerando “valores, culturas, questões ideológicas, sociais, econômicas e históricas”^{36,37,38}. A prática em saúde é a materialização das políticas estabelecidas, na qual estão imbuídas as experiências e vivências dos sujeitos e elementos envolvidos.

A necessidade da atuação em rede integrada se relaciona com a lógica da práxis do encontro entre saber e prática. Mais do que a aplicação do conhecimento, o trabalho ocorre em um processo contínuo de encontros^{83,89}. O trabalho em saúde é um ato coletivo na relação profissional-usuário e profissional-profissional. O ato do cuidado acontece nas/pelas relações humanas. Dessa forma, propomos a abordagem de uma *tecnologia dialógica*, considerando um ponto de encontro de

sujeitos com necessidades de saberes compartilhados e elaborados conjuntamente, a partir da capacidade e da habilidade comunicativa.

A tecnologia dialógica se baseia, pois, na capacidade comunicativa inerente ao ser humano, mas se amplia por considerar o valor social inerente à comunicação. Ao tomarmos o discurso como objeto social, conseguimos entender que a singularidade de um sujeito é representativa de um coletivo, podendo não ser em uma maioria, mas é uma parcela que também é significativa e significante, principalmente quando discutimos saúde integral. O produto de um indivíduo se constitui como espelho coletivo e deve ter relevância para o processo saúde-doença-cuidado⁵¹.

Esse trânsito e troca de saberes e experiências, em nível individual e/ou coletivo, são dependentes também do modo de conhecimento e apreensão do mundo por cada sujeito. Vygotsky (1988) coloca a aprendizagem como processo histórico e cooperativo, e assim esse movimento se dá na convivência com o meio e com o outro havendo a modulação constante pelos valores, crenças, moral e ética embutidos nessas vivências que impactam na constituição do sujeito com elaboração na e pela linguagem^{92,93,94,95}.

Paulo Freire (2005/2011) enfatiza que a educação se dá pelo diálogo e pelas relações com o outro e que todos os atores envolvidos são sujeitos ativos do processo de aprendizagem, sendo indissociáveis de seus contextos e histórias de vida. Nessa construção de saber, se faz necessário o empoderamento do indivíduo de modo a conquistar a autonomia como resultado de um amadurecimento seguindo um processo de ação-reflexão-ação. Esse método pode ser transposto para o campo da saúde a partir da formação em um processo cíclico, reflexivo e coletivo^{31,96,97,98}.

Discutindo então uma prática dialógica em saúde, da mesma forma que as condutas e técnicas têm multiplicidade, o diálogo também tem suas variações que contemplam turnos que podem variar dependendo do tempo de fala e de escuta. Isso se relaciona diretamente ao modo discursivo, mas também deve se relacionar ao não dito. O que não é explicitado também tem seu valor. O modo posto de silêncio também tem significado, uma vez que o mundo está aberto à interpretação e cabe, às partes envolvidas no processo, a abertura e disponibilidade para a

descoberta conjunta dos significados e entendimentos^{99,100,101}. A queixa é a materialização da demanda, mas porque ela não ocorre, não significa que o sofrimento não exista. É neste momento que a escuta do profissional se torna determinante para questões não visíveis e subjetivas como o zumbido, e se faz essencial a valorização do discurso do sujeito e de seu coletivo.

6.2.3 Pergunta 3 - Dentre os dispositivos já existentes na unidade (grupos, visitas domiciliares, reuniões, etc.) em quais você acha que poderiam ser incluídas atividades relacionadas ao zumbido?

A terceira pergunta apresenta 11 categorias a partir das IC selecionadas:

Nos grupos
No grupo HiperDia
Nas reuniões de equipe
Nas práticas integrativas
Em todas as atividades
No acolhimento
Desconhecimento
Em capacitações
Nas consultas
Na visita domiciliar
Em nenhuma atividade

Para as categorias estabelecidas, o grupo dos enfermeiros teve maior prevalência para as categorias “Nos grupos” e “No grupo HiperDia” (37,93%). Os médicos tiveram maior ocorrência para estas já citadas (19,51%) e na categoria “Em nenhuma atividade” (19,51%). Dentre os técnicos ou auxiliares de enfermagem, a maior incidência foi na categoria “No grupo HiperDia” (24%), conforme é apresentado nas Tabelas 9, 10 e 11.

Tabela 9. Frequência dos enfermeiros nas categorias da pergunta 3:
*Dentre os dispositivos já existentes na unidade (grupos, visitas domiciliares, reuniões, etc.) em quais
 você acha que poderiam ser incluídas atividades relacionadas ao zumbido?*

N=29

Categoria	(N)	Frequência relativa (IC)	Frequência relativa (entrevistados)
		Total = 41	Total = 29
Nos grupos	11	26,83%	37,93%
No grupo HiperDia	11	26,83%	37,93%
Nas reuniões de equipe	1	2,44%	3,45%
Nas práticas integrativas	6	14,63%	20,69%
Em todas as atividades	1	2,44%	3,45%
No acolhimento	2	4,88%	6,90%
Desconhecimento	4	9,76%	13,79%
Em capacitações	1	2,44%	3,45%
Nas consultas	2	4,88%	6,90%
Na visita domiciliar	1	2,44%	3,45%
Em nenhuma atividade	1	2,44%	3,45%

Tabela 10. Frequência dos *médicos* nas categorias da pergunta 3:
*Dentre os dispositivos já existentes na unidade (grupos, visitas domiciliares, reuniões, etc.) em quais
 você acha que poderiam ser incluídas atividades relacionadas ao zumbido?*

N=41

Categoria	(N)	Frequência relativa (IC)	Frequência relativa (entrevistados)
		Total = 46	Total = 41
Nos grupos	8	17,39%	19,51%
No grupo HiperDia	8	17,39%	19,51%
Nas reuniões de equipe	5	10,87%	12,20%
Nas práticas integrativas	2	4,35%	4,88%
Em todas as atividades	6	13,04%	14,63%
No acolhimento	2	4,35%	4,88%
Desconhecimento	1	2,17%	2,44%
Nas consultas	3	6,52%	7,32%
Na visita domiciliar	3	6,52%	7,32%
Em nenhuma atividade	8	17,39%	19,51%

Tabela 11. Frequência dos *técnicos ou auxiliares de enfermagem* nas categorias da pergunta 3: *Dentre os dispositivos já existentes na unidade (grupos, visitas domiciliares, reuniões, etc.) em quais você acha que poderiam ser incluídas atividades relacionadas ao zumbido?*

N=100

Categoria	(N)	Frequência relativa (IC)	Frequência relativa (entrevistados)
		Total = 110	Total = 100
Nos grupos	21	19,09%	21%
No grupo HiperDia	24	21,82%	24%
Nas reuniões de equipe	6	5,45%	6%
Nas práticas integrativas	5	4,55%	5%
Em todas as atividades	8	7,27%	8%
No acolhimento	6	5,45%	6%
Desconhecimento	8	7,27%	8%
Em capacitações	3	2,73%	3%
Nas consultas	6	5,45%	6%
Na visita domiciliar	7	6,36%	7%
Em nenhuma atividade	16	14,55%	16%

Com a análise estatística, obteve-se valor significativo na associação dos grupos de entrevistados com a categoria “Nas práticas integrativas” e da comparação entre as categorias e o perfil dos profissionais: “Nos grupos” com a idade, “Nas reuniões de equipe” com idade, tempo de formação e de atuação no CS; “No acolhimento” com idade e tempo de atuação no CS; e “Em nenhuma atividade” com o tempo de formação.

No Quadro 3 estão dispostos os DSC de cada grupo de entrevistados por categoria estabelecida.

Quadro 3. DSC por categoria e grupo de entrevistados da pergunta 3:

Dentre os dispositivos já existentes na unidade (grupos, visitas domiciliares, reuniões, etc.) em quais você acha que poderiam ser incluídas atividades relacionadas ao zumbido?

Categoria	Discurso do Sujeito Coletivo	(N)
5.2.3.1 Nos grupos	Enfermeiros “Eu acho que nos grupos seria mais indicado, porque você consegue atingir um número maior de pessoas e tem uma adesão bem grande da comunidade, principalmente da população mais idosa, que acaba sendo também quem mais apresenta queixa de zumbido. Mas acho que dos grupos que são feitos aqui na unidade, nunca foi abordado esse tema”.	11
	Médicos “Acho que em todos os tipos de grupo poderia ser incluído. Desde os grupos de puericultura para trabalhar com os recém-nascidos e lactentes, nos grupos de gestantes, em todos os grupos de adultos e idosos, nos grupos de caminhada, acho que tem possibilidade de orientação e educação em qualquer um”.	8
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “Acho que tem que ser em grupo. Porque é bom colocar juntas várias pessoas com o mesmo problema e acho que seria mais nos grupos de adulto e idoso, porque é quem mais tem esse problema. Além disso, o grupo é bom, porque como junta mais gente, se precisa de receita ou de encaminhamento, faz tudo de uma vez”.	21
5.2.3.2 No grupo HiperDia	Enfermeiros “Acho que poderia incluir no grupo HiperDia, porque já tem uma boa adesão e aproveita a faixa etária mais idosa, porque é mais fácil de ter a queixa. Então como a gente já faz orientação sobre hipertensão e diabetes, pode falar também disso como causa de problemas auditivos”.	11
	Médicos “Poderia incluir no grupo HiperDia que já é feito toda semana na unidade. Acho um bom lugar para se fazer prevenção e orientação e porque normalmente além da hipertensão e da diabetes, eles também têm dislipidemia ou outras doenças que geralmente necessitam de vários fármacos e que podem influenciar no zumbido”.	8
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “Eu acho que tem que ser no grupo de hipertensos e diabéticos, no HiperDia, porque é o grupo que tem mais paciente, que tem mais adesão dos pacientes, e é a faixa etária mais idosa que já se queixa de dificuldade para ouvir e que normalmente fala mais de zumbido”.	24
5.2.3.3 Nas reuniões de equipe	Enfermeiros “Acho que então seria em reunião de equipe. Acho que seria mais fácil porque são umas duas horinhas e aí todo mundo já está lá, tem o espaço, e aí já poderia discutir alguma coisa sobre isso”.	1
	Médicos “Acho que seria bom se fosse incluído na reunião de equipe, porque é um espaço para se divulgar e se discutir o tema, até porque a gente	5

	não sabe muito bem a conduta para essa queixa”.	
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “Eu acho que poderia incluir na reunião de equipe, porque a partir de casos fica mais fácil para discutir e aí a gente fica sabendo se tem que agendar ou encaminhar quando tiver alguma demanda”.	6
5.2.3.4 Nas práticas integrativas	Enfermeiros “Nas práticas integrativas, principalmente <i>lian gong</i> e movimento vital expressivo, acho que poderiam ser incluídas ações de promoção de saúde e a gente começar a perguntar também, porque a enfermagem não costuma perguntar sobre isso”.	6
	Médicos “Eu acho que principalmente nas atividades que a gente tem de práticas integrativas, como o <i>lian gong</i> ”.	2
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “Eu acho que poderia ser nos grupos como de <i>lian gong</i> ou movimento vital expressivo, por trabalhar qualidade de vida, mas antes eu não sabia que poderia fazer alguma coisa relacionada à audição dos pacientes”.	5
5.2.3.5 Em todas as atividades	Enfermeiros “Nossa, acho que em todas as atividades daria para fazer alguma coisa, porque realmente é uma queixa presente. Acho que precisaria ser trabalhado em tudo mesmo”.	1
	Médicos “Como o zumbido é uma queixa frequente, acho que pode ser incluído em todas as atividades. Acho que muita coisa de orientação para o paciente pode ser feita em grupo e tem muita coisa de educação em saúde que a gente pode fazer na própria consulta. Mas eu acho que isso é uma coisa que todas as pessoas da equipe podem ajudar a se interessar, não precisa ser um único grupo. Eu acho que quando a gente dá prioridade para um tema, ele pode aparecer em qualquer grupo. Mesmo porque, quem não tem o zumbido, pode ter um familiar que tenha e aí pode fazer sentido para essa pessoa. Então, eu acho que não precisa ter um único espaço, podem ser várias opções de espaço”.	6
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “Eu acho que em todas as atividades dá para incluir de uma forma geral, porque acho que tudo se relaciona de alguma forma com a audição e muitas vezes o paciente tem a queixa e a gente nem sabe, então daria para perguntar e conversar em qualquer lugar”.	8
5.2.3.6 No acolhimento	Enfermeiros “Eu acho que vai ser no acolhimento mesmo, porque é o lugar mais fácil de incluir qualquer coisa”.	2
	Médicos “Eu acho que o melhor lugar seria no acolhimento, porque é o lugar mais cheio e já poderia ser abordado se o paciente tem essa queixa”.	2
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “Eu acho que seria mais no acolhimento, porque é a porta de entrada, onde se chega com a queixa e é onde a gente ouve mais o paciente”.	6

5.2.3.7 Desconhecimento	Enfermeiros “Olha, eu não sei. Não sei mesmo. Acredito que uma proposta de atividade dependa da origem do zumbido, mas aí você tem que ter conhecimento, ter um treinamento, é melhor que seja um especialista para trabalhar. Então eu não faço ideia mesmo do que possa ser feito com um paciente com zumbido na atenção básica”.	4
	Médicos “Boa pergunta. Eu não sei não”.	1
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “Eu não sei. A gente tem várias atividades aqui na unidade, mas eu não sei onde poderia incluir esse tema. Não faço ideia”.	8
5.2.3.8 Em capacitações	Enfermeiros “Acho que poderiam ser feitos cursos, capacitações com palestras expositivas para que a gente soubesse o que fazer”.	1
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “Eu acho que poderiam fazer algumas capacitações com a gente, porque falta orientação para a enfermagem também, não só para o paciente, para que, a partir disso, a gente possa organizar alguma ação ou introduzir atividades no acolhimento ou nos grupos”.	3
5.2.3.9 Nas consultas	Enfermeiros “Eu acho que nas consultas individuais, nos atendimentos programados, é muito tranquilo de incluir”.	2
	Médicos “Acho que não tem uma ocasião, fora da consulta de rotina, em que você possa abordar a queixa de zumbido. Talvez dê para ampliar essa visão, mas acho que só na consulta mesmo”.	3
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “Eu acho que tem que ser na consulta individual de rotina mesmo, porque em grupo, acaba não tendo atenção para coisas específicas, como o zumbido. Além disso, se ninguém pergunta, o paciente já acaba falando, já refere a queixa, então acaba sendo na consulta mesmo”.	6
5.2.3.10 Na visita domiciliar	Enfermeiros “Em visita domiciliar, porque normalmente o paciente é acamado, então acaba dando para reforçar as perguntas”.	1
	Médicos “Na visita domiciliar é importante, porque dá para trabalhar com prevenção e talvez os pacientes tenham mais essa queixa”.	3
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “Eu acho que nas visitas domiciliares seria interessante de perguntar porque tem muito paciente idoso acamado que tem problema de audição”.	7
5.2.3.11 Em	Enfermeiros “Eu não consigo imaginar nenhuma atividade em que possa ser incluído”.	1
	Médicos “Alguma atividade relacionada ao zumbido? Não vejo espaço não. Eu acho que a gente já faz muita atividade aqui. Daqui a pouco eu acho que a gente não vai mais nem atender, está tão distanciado do que a	

nenhuma atividade	gente faz. Se fosse fazer alguma coisa, teria que ser específica, algum grupo, mas teria que criar. Mas é difícil porque a unidade tem que se dispor, dispor algum tempo, dispor um local, de algum funcionário que seja especificamente preparado, que seja cientificamente preparado para atender esse tipo de queixa. Então acho que não entraria em nenhuma atividade mesmo, pelo zumbido ser algo que não tem tanto espaço na minha prática clínica”.	8
	Técnicos ou auxiliares de enfermagem “Acho que em nenhuma atividade que tem na unidade dá para trabalhar isso. Nem em grupo, nem em visita e nem em consulta. Se for fazer alguma coisa, tem que montar um grupo específico de pessoas com problema de audição, ou que usam aparelho, ou de boca, nariz e ouvido mesmo, e teria que ser com algum profissional específico. Do que já tem aqui na unidade, não dá para encaixar o zumbido em nada não”.	16

Nota: *Lian Gong* é uma prática corporal baseada em técnicas fisioterápicas da Medicina Tradicional Chinesa¹⁰².

A discussão da terceira pergunta, em articulação com os demais depoimentos, foi elaborada em forma do artigo “Possibilidades de cuidado do portador de zumbido na atenção básica”.

6.2.4. Artigo - Possibilidades de cuidado com o portador de zumbido na atenção básica

Introdução

Um homem que trabalha como motorista de caminhão, preocupado com seu emprego, porque não consegue desempenhar sua função como antes e nem se relacionar com seus colegas. Passa a ouvir um apito constante e está com dificuldade para entender o que as pessoas falam, principalmente em ambientes ruidosos. A esposa reclama do volume da televisão e da falta de atenção para o que ela fala.

Um estudante universitário ingere muito café para estudar, principalmente em períodos de entrega de trabalho e provas e, como seus colegas, faz uso de fones de ouvido por períodos prolongados em volume elevado. Reclama que não consegue mais manter seu desempenho acadêmico porque não é capaz de se concentrar em nenhuma situação desde que começou a ouvir um chiado, como uma televisão fora do ar.

Uma dona de casa, hipertensa e diabética, não realiza mais suas atividades nem frequenta os lugares que costumava como antes, porque está sempre cansada já que não consegue dormir porque passou a ouvir constantemente uma cigarra que durante a noite sempre piora.

Seja o trabalhador com dificuldade em desempenhar sua função e manter relações pessoais e familiares, o estudante que já não tem o mesmo rendimento de antes ou a dona de casa que não executa mais as atividades como de costume, o zumbido pode ocupar diversos lugares na vida das pessoas, mas independente da história, o ponto em comum é o impacto negativo que ele pode ter e sua definição como “percepção fantasma” caracteriza mesmo a sensação que ele causa: assombra, assusta e amedronta.

Os estudos sobre zumbido datam da Antiguidade, nos tempos de Plínio, quando se discutia se se tratava de uma doença singular ou de uma alteração auditiva associada. Na época, muitas das discussões se centravam nas opções de tratamento que envolviam desde leite humano até espuma de boca de cavalo, sendo muitas utilizadas até o século XIX. Na Índia Oriental, as teorias acerca do zumbido

discorriam sobre um pequeno animal que produzia a audição e, quando ele se zangava, havia o zumbido. Os tratamentos nessa região estavam vinculados a exorcismos, como também ocorria na Babilônia, para afastar os espíritos e fantasmas que poderiam ser responsáveis pela produção desse som inexplicável^{1,2}.

Na década de 1950, o zumbido passou a ser tema recorrente da mídia norte-americana como principal causa de suicídio. Com o passar dos anos, os estudos reforçaram a relação entre zumbido e acometimentos de saúde mental por afetar aspectos como atenção e concentração, causando conseqüentemente alterações como insônia, transtornos de ansiedade, síndrome do pânico e dependência alcoólica^{3,4,5,6}.

Além disso, a própria definição do zumbido se modificou ao longo do tempo e conforme os estudos foram se desenvolvendo. Inicialmente o zumbido era considerado alteração auditiva e afetiva, porque não sabiam definir como atingia o aspecto emocional e era um meio de abarcar a percepção subjetiva. A literatura verificou que se trata de um acometimento da via auditiva, dependente de alteração coclear mínima e áreas circunscritas ao sistema límbico, se configurando como percepção auditiva na ausência de uma fonte sonora externa^{2,7,8}.

Na última década, o zumbido teve aumento significativo de sua incidência, acometendo atualmente aproximadamente 25,3% da população mundial e ultrapassando 30% de prevalência na população acima dos 60 anos. No contexto nacional, ainda não se tem nenhum estudo em grande escala, mas estima-se que cerca de seis milhões de pessoas apresentam zumbido^{7,8,9,10}. Dessa forma, o zumbido pode ser considerado questão relevante de Saúde Pública devido sua alta incidência e impacto significativo na vida dos indivíduos.

Dentre as políticas públicas existentes, o zumbido está presente na Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) que contempla ações da atenção básica à alta complexidade¹¹. No entanto as ações da atenção básica não possuem ainda a capilaridade necessária e as questões relativas à saúde auditiva são pouco abordadas neste contexto.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) compreende ações de promoção, prevenção, educação, reabilitação e manutenção em saúde de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade,

integralidade e equidade. O centro de saúde (CS) se configura como eixo de manutenção do vínculo do usuário com a equipe no território e é local de produção democrática e participativa de saúde. É no CS que se inicia o fluxo de cuidado na rede de atenção à saúde por meio do acolhimento, ferramenta de escuta qualificada, estabelecida pela Política Nacional de Humanização (PNH), que tem como objetivo a prática em saúde efetiva, resolutiva e integral^{12,13}.

O acolhimento se constitui como postura de enfrentamento da realidade e modo de horizontalização do eixo de cuidado, enfatizando o processo saúde-doença-cuidado que acontece em um contínuo de encontros e se desenvolve na e pelas relações. A efetividade da produção em saúde ocorre pela pactuação e elaboração conjunta de sentidos e significados que dependem de um planejamento baseado na realidade e de um cuidado que considere as necessidades do sujeito atendido. Nessa abordagem, cuidado não é o conjunto de medidas terapêuticas, mas construção filosófica e prática que tem como único objetivo a qualidade de vida do usuário^{14,15,16,17}.

Métodos

Esta é uma pesquisa quantiquantitativa e se trata de um recorte da dissertação de mestrado intitulada “Cuidado com o portador de zumbido na atenção básica: perspectiva dos profissionais de saúde”, aprovada sob parecer nº 1.595.502/2016 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Foi realizado o cálculo amostral para obtenção de uma amostra representativa das profissões envolvidas no fluxo do acolhimento do CS e de um distrito com os Índices de Condições de Vida (ICV) representativos do município, resultando em 170 sujeitos (100 técnicos ou auxiliares de enfermagem, 29 enfermeiros e 41 médicos). A todos os sujeitos foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para anuência e assinatura. Os critérios de inclusão foram os profissionais das unidades selecionadas que assinaram o TCLE e concordaram em participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas no CS dos sujeitos e em horário que não interferisse em sua rotina de trabalho,

norteadas pelas questões-chave: a) Se um paciente apresenta queixa de zumbido, qual a conduta na unidade? b) Dentre os dispositivos já existentes na unidade (grupos, visitas domiciliares, reuniões, etc.) em quais você acha que poderiam ser incluídas atividades relacionadas ao zumbido?

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para análise pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)¹⁸ que se baseia na Teoria da Representação Social^{19,10}.

As transcrições foram inseridas no software DSCSoft para verificação das ideias centrais (IC), categorização e elaboração de um discurso-síntese para cada categoria e profissão, constituindo então o DSC^{21,22}.

Resultados e discussão

Conduta para o zumbido

Para todas as categorias profissionais, a resposta mais prevalente foi que a conduta para a queixa de zumbido é a avaliação médica (Tabela 1).

Tabela 1. Frequência das categorias na pergunta: Se um paciente apresenta queixa de zumbido, qual a conduta na unidade?

Profissão	Categoria	(N)	Frequência relativa (IC)	Frequência relativa (entrevistados)
Enfermeiros	Avaliação médica	23	41,82%	79,31%
	Encaminhamento para especialidade	18	32,73%	62,07%
Médicos	Avaliação médica	37	52,11%	90,24%
	Encaminhamento para especialidade	33	46,48%	80,49%
Técnicos ou auxiliares	Avaliação médica	65	56,03%	65%
	Encaminhamento para especialidade	20	17,24%	20%

“A conduta é passar pela avaliação médica [...]”.

Enfermeiros (n=23)

“A gente primeiro faz o levantamento de um histórico detalhado para entender a queixa e poder investigar a causa desse zumbido. [...] tentando resolver o caso aqui no centro de saúde mesmo, mas não é fácil tratar zumbido”.
Médicos (n=37)

“A gente, como técnico ou auxiliar, tem que passar a informação para frente. Então, temos que passar para o clínico [...]”.
Técnicos ou auxiliares de enfermagem (n=65)

Essas respostas mostram a necessidade de discussão e reflexão do modo de organização dos serviços de saúde sob dois pontos de vista: dos processos de trabalho e da abordagem em saúde. Em relação aos processos de trabalho, discute-se a mudança das necessidades do mercado em busca de profissionais cada vez mais multiespecializados, distanciando-se dos modelos taylorista/fordista em que se dominavam técnicas parciais, mas que compreendam a totalidade da produção. Em contraponto, esse dinamismo do profissional requisitado está muito vinculado à competitividade em busca pela excelência, trazendo uma tendência do trabalho individualista em detrimento do trabalho em equipe^{23,24}.

Além disso, há uma questão histórica na formação hierarquizada e, particularmente, na área da saúde, com a presença do antigo modelo biomédico. A verticalização das relações dificulta a (co)participação e a (co)elaboração de todo o processo de trabalho, o que não faz sentido no campo específico da saúde por se tratar do cuidado de pessoas^{23,25}.

Há parâmetros da Psicologia Social que estabelecem quando um trabalho deve ser desenvolvido em equipe visando à melhor assistência. O primeiro é se a tarefa a ser desenvolvida é complexa e necessita de diferentes perspectivas, o segundo é se o objetivo coletivo supera a soma dos objetivos individuais, e o terceiro, se há uma relação de interdependência entre os profissionais²⁶. Transpondo para a saúde, os parâmetros se aplicam, uma vez que se trata de indivíduos em toda sua complexidade em que há a necessidade de diversos pontos de vista, o bem-estar e a qualidade de vida do sujeito é o objetivo comum a todos e o trabalho de cada profissional é dependente e complementar ao do outro, apenas enfatizando que não é possível se fazer saúde sozinho.

Considerando o ponto de vista da abordagem em saúde, devemos partir da

base de que o ser humano é multidimensional e requer diversos cuidados. Ao se centralizar o processo saúde-doença-cuidado em um profissional, não se compreende o indivíduo como um todo integrado, estabelecendo assim uma visão fragmentada e reducionista. O profissional da saúde traz na sua formação a constituição do seu papel em termos de atuação e, ao ser inserido em uma equipe, tem responsabilidade coletiva no desenvolvimento de um processo de cuidado que integre as funções sobrepostas ao conhecer, respeitar e integrar as diversas áreas envolvidas visando a um fazer em saúde crítico-reflexivo e resolutivo^{27,28,29,30}.

A segunda resposta mais frequente, foi que a conduta deveria ser o encaminhamento para a especialidade.

“Normalmente, encaminha para a especialidade [...]”.

Enfermeiros (n=18)

“Como o zumbido é um desafio, eu acabo pedindo ajuda quando não consigo resolver aqui na unidade mesmo. Então encaminho para o otorrino [...]”.

Médicos (n=33)

“A conduta do clínico acaba sendo encaminhar para o especialista [...]”.

Técnicos ou auxiliares de enfermagem (n=20)

Cabe ressaltar que a alta prevalência do encaminhamento para a especialidade reforça a ideia do modelo médico-centrado, uma vez que é considerado o encaminhamento para o sujeito da mesma categoria profissional, quando se verifica, nas respostas, que a conduta adotada deve ser a avaliação médica.

Além disso, esse comportamento revela que as questões auditivas ainda têm caráter especializado, sem muito espaço de abordagem na atenção básica, apesar das ações previstas na PNASA que contemplam, desde a prevenção e promoção, até a assistência¹¹.

As respostas também suscitam a dificuldade de responsabilização pelo cuidado do indivíduo e de tomar como papel da atenção básica a organização de base do fluxo da rede de atenção à saúde. O cuidado tem como referência o CS, mas o processo ocorre em um ciclo em que todos os atores envolvidos são (co)responsáveis e devem compartilhar o interesse e comprometimento pela saúde do indivíduo. Os atos fragmentados acabam por resultar em um cuidado de

rolamento em que a responsabilidade é passada para frente, o sujeito não se integra ao processo e não se considera o objetivo coletivo pelo bem do usuário. A integralidade presente nos preceitos do SUS vai além do micro, contemplando os fluxos e articulações da macropolítica do sistema de saúde^{31,32,33}.

Há a necessidade do trabalho compartilhado com o profissional especializado, no caso o otorrinolaringologista e/ou o fonoaudiólogo, porque são os profissionais que tiveram a formação técnico-científica específica na área. No entanto o zumbido ainda é tema de pouco conhecimento e de difícil abordagem mesmo para o profissional especialista. Devido a sua alta complexidade por se tratar da subjetividade, diversidade de causas e heterogeneidade dos sujeitos portadores, ainda não se tem um consenso sobre o tratamento e há um histórico de propagação da ideia de que o zumbido não tem cura. É necessário que o zumbido seja considerado no cuidado do sujeito, por discutirmos a integralidade e esta é condição de saúde que tem impacto direto na vida do indivíduo^{8,34,35}.

Por isso a atenção básica é ponto estratégico ao estabelecer relações contínuas com a população e deve-se entender que a atenção integral à saúde só é possível em uma rede com articulação orgânica. O trânsito do indivíduo pelo sistema só tem efetividade, se faz sentido. A relação entre os diferentes níveis de saúde, acontece também na interação entre os sujeitos envolvidos por meio de um processo colaborativo. O estabelecimento de uma rede ocorre em um ciclo de saúde progressivo em que os passos do cuidado são produto de atos em saúde reflexivos (re)construídos pela (co)elaboração, tendo como foco a autonomia e a qualidade de vida do usuário^{14,36,37}.

Possibilidades de cuidado

A PNAB estabelece, como responsabilidade da atenção básica, a educação e a promoção em saúde que, por ter caráter participativo e coletivo, cada vez mais foram sendo fortalecidas as multiplicidades de forma de se fazer saúde, se distanciando do modelo apenas assistencial. Dentre as ferramentas que emergiram, o grupo tem ganhado espaço pela possibilidade de atendimento das necessidades individuais e coletivas, criando novos modos de enfrentamento e fortalecimento de vínculo com a equipe e com a própria comunidade. No caso do zumbido, a

efetividade da abordagem grupal é reconhecida pela possibilidade de trabalhar os aspectos auditivos específicos juntamente aos elementos emocionais envolvidos^{38,39,40}. A relevância do grupo aparece nas respostas das três categorias profissionais como possibilidade de inserção de atividades relacionadas ao zumbido nas unidades (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência das categorias na pergunta: Dentre os dispositivos já existentes na unidade (grupos, visitas domiciliares, reuniões, etc.) em quais você acha que poderiam ser incluídas atividades relacionadas ao zumbido?

Profissão	Categoria	(N)	Frequência relativa (IC)	Frequência relativa (entrevistados)
Enfermeiros	Nos grupos	11	26,83%	37,93%
	No grupo HiperDia	11	26,83%	37,93%
Médicos	Nos grupos	8	17,39%	19,51%
	No grupo HiperDia	8	17,39%	19,51%
	Em nenhuma atividade	8	17,39%	19,51%
Técnicos ou auxiliares	No grupo HiperDia	24	21,82%	24%
	Nos grupos	21	19,09%	21%

“Eu acho que nos grupos seria mais indicado, porque você consegue atingir um número maior de pessoas e tem uma adesão bem grande da comunidade [...] Mas acho que dos grupos que são feitos aqui na unidade, nunca foi abordado esse tema”.
Enfermeiros (n=11)

“Acho que em todos os tipos de grupo poderia ser incluído. [...] acho que tem possibilidade de orientação e educação em qualquer um”.
Médicos (n=8)

“Acho que tem que ser em grupo. Porque é bom colocar juntas várias pessoas com o mesmo problema [...]”.
Técnicos ou auxiliares de enfermagem (n=21)

Os discursos dos sujeitos mostram especificamente o grupo HiperDia como a possibilidade mais prevalente de abordagem do zumbido para todas as profissões entrevistadas.

“Acho que poderia incluir no grupo HiperDia [...] como a gente já faz orientação sobre hipertensão e diabetes, pode falar também disso como causa de problemas auditivos”.
Enfermeiros (n=11)

“Poderia incluir no grupo HiperDia que já é feito toda semana na unidade [...]”.
Médicos (n=8)

“Eu acho que tem que ser no grupo de hipertensos e diabéticos, no HiperDia, porque é o grupo que tem mais paciente [...]”.

Técnicos ou auxiliares de enfermagem (n=24)

Os depoimentos dos entrevistados mostram como o grupo HiperDia tem relevância na rotina da unidade, evidenciando as diretrizes do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao *Diabetes mellitus*, que envolvem também o HiperDia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. As ações propostas envolvem a equipe multidisciplinar e compreendem desde a prevenção até o fluxo de atendimento em nível terciário. O foco das atividades é a promoção e a prevenção da saúde pelo fortalecimento do vínculo do usuário com a unidade, grupos e ações educativas, informação e práticas de vida saudável, e maior conhecimento acerca dos riscos, sintomas, cuidados e possíveis consequências, nas quais poderiam ser incluídas as alterações auditivas^{41,42}.

Mais do que a abordagem das doenças sistêmicas, as equipes endossam a potencialidade do grupo como ferramenta de saúde, uma vez que é uma modalidade que garante maior acesso da população à saúde, permite a participação da comunidade e atende cada um de acordo com suas especificidades. A prática grupal permeia maior sensibilidade à cultura e linguagem de seus participantes, valorizando seu contexto social. No âmbito da atenção básica, considerando o CS como o espaço para práticas democráticas e participativas, trabalhar em grupo permite a elaboração coletiva do sofrimento compartilhado e faz emergir um entendimento ampliado e uma significação diferenciada do cuidado em saúde^{43,44,45}.

Dentre as categorias mais frequentes entre os médicos, está que o zumbido não poderia ser incluído em nenhuma das atividades realizadas na unidade, resposta que também apareceu nas demais áreas, mas em menor incidência.

“Eu não consigo imaginar nenhuma atividade em que possa ser incluído”.

Enfermeiros (n=1)

“Alguma atividade relacionada ao zumbido? Não vejo espaço não. Eu acho que a gente já faz muita atividade aqui. Daqui a pouco eu acho que a gente não vai mais nem atender, está tão distanciado do que a gente faz. [...] Então acho que não entraria em nenhuma atividade mesmo, pelo zumbido ser algo que não tem tanto espaço na minha prática clínica”.

Médicos (n=8)

“Acho que em nenhuma atividade que tem na unidade dá para trabalhar isso. [...] Se for fazer alguma coisa, tem que montar um grupo específico [...] Do que já tem aqui na unidade, não dá para encaixar o zumbido em nada não”.

Técnicos ou auxiliares de enfermagem (n=16)

Ao considerar que o zumbido não tem espaço na prática em saúde, se desconsidera a integralidade da saúde e a relevância que a comunicação tem na vida do ser humano. A literatura mostra que aproximadamente 4% da população em geral com zumbido apresentam impacto severo em sua qualidade de vida, mas muitas vezes, por ser considerado apenas um sintoma, o zumbido fica restrito à sua subjetividade e aos transtornos de ansiedade, de insônia e de outros acometimentos que materializaram o sofrimento do indivíduo^{4,6,34}.

Essa abordagem reducionista é centrada na doença, no procedimento e na produtividade se baseando exclusivamente nas tecnologias duras. O profissional deve se colocar como gestor do cuidado do sujeito, porque é uma caminhada a ser compartilhada por ser repleta de incertezas: o trabalho em saúde é incerto, o zumbido é incerto, o ser humano é incerto. Por se tratar de pessoas, a subjetividade é inerente ao processo saúde-doença-cuidado e quem cuida deve se apropriar das tecnologias leves para poder partilhar histórias de vida, vivências e saúde^{46,47,48}.

A desconsideração do zumbido e conseqüentemente das questões auditivas, menospreza também outro aspecto da singularidade humana: a comunicação. A ausência de abordagem integral prejudica a efetividade comunicativa na relação profissional-usuário. Desconsiderar a audição, interfere na comunicação do indivíduo com o mundo. O cuidado em saúde é formado por pessoas e relações que dependem de expressão e comunicação e que são resultado da forma como cada indivíduo interage e vivencia toda a sua história.

O processo saúde-doença-cuidado começa na escuta e a história do sujeito fornece os caminhos pelos quais é possível seguir. A saúde é multifatorial e dinâmica e, ao pensar no zumbido, deve-se considerar os diferentes aspectos. A etiologia diversa já indica que o processo de investigação para um tratamento efetivo deve considerar todos os fatores que abarcam o sujeito. O zumbido, como percepção fantasma que é, atravessa, circunda e paira sobre os vários lugares possíveis de ocupar e, pelo impacto que provoca, pode ultrapassar os limites do indivíduo e afetar o modo de relação com os outros (Figura 1).

Figura 1. Lugar do zumbido na vida do sujeito



A queixa de zumbido pode aparecer em qualquer lugar: no acolhimento, em uma consulta médica ou de enfermagem, em um grupo; o que cabe ao profissional é ter um olhar ampliado de, ao abordar o zumbido, ter consciência de que estão sendo desenvolvidos atos cuidadores de saúde e que o objeto de cuidado é o indivíduo.

No acolhimento inicial é possível entender a história do sujeito e conhecer seu zumbido, ao questionar seu histórico e hábitos de saúde, tempo de queixa, lateralidade e tipo do zumbido, fatores de melhora e piora, rotina diária e histórico ocupacional. Em um segundo momento, mantendo o acolhimento enquanto postura de escuta qualificada, verificando os aspectos que podem estar relacionados ao zumbido (doenças sistêmicas, doenças cardiovasculares, medicações ototóxicas, alterações somatossensoriais, hábitos alimentares, exposição a sons intensos, etc.), é possível orientar o indivíduo em relação às medidas de qualidade de vida em geral que podem beneficiar sua condição auditiva^{8,49}.

Como o zumbido pode ser um preditor de perda auditiva e 90% dos portadores já têm alteração em pelo menos um limiar tonal, o indivíduo deve ser encaminhado para realização da avaliação audiológica e otorrinolaringológica, de modo a estabelecer o melhor tratamento conjuntamente ao sujeito. A realização dos encaminhamentos é parte complementar do cuidado prestado no CS e a ideia é que se estabeleça uma linha de cuidado contínua com articulação entre os serviços. A intenção do plano de cuidado é que seja realizada promoção de saúde integral por

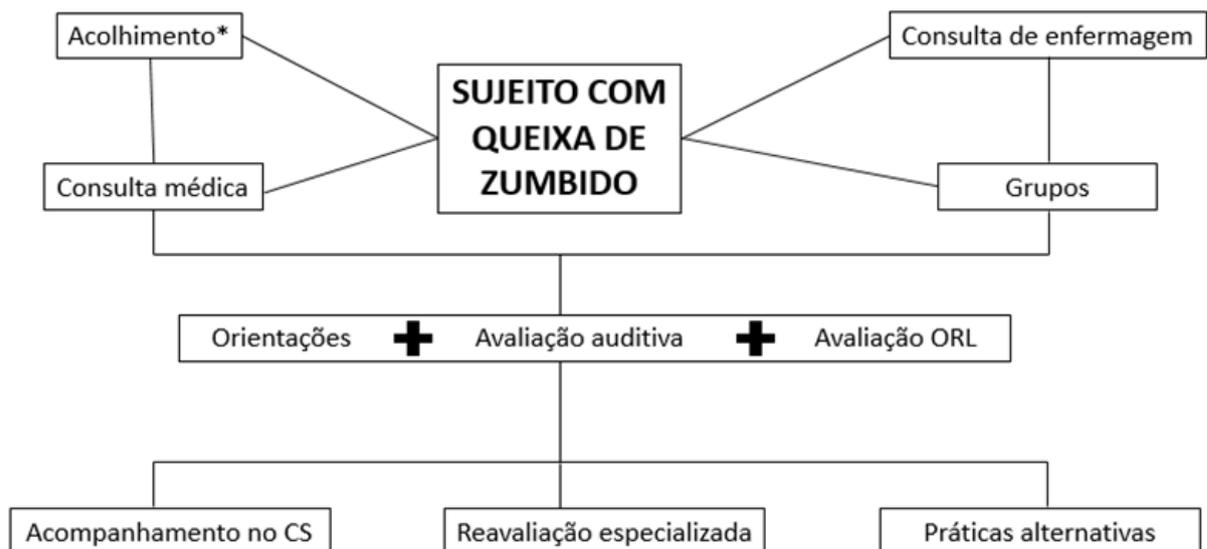
meio da educação em saúde e a qualificação do processo de encaminhamento.

O fluxo na rede (Fluxograma 1) se faz necessário para a assistência, mas cabe ao profissional discutir com o usuário as possibilidades de cuidado e orientar as escolhas. Uma das ferramentas disponíveis na atenção básica do município em questão são as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) tidas como práticas alternativas que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras⁵⁰.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) contempla diversas técnicas que têm como objetivo o bem-estar integral, dentre as quais, a acupuntura. Estudos envolvendo acupuntura e zumbido mostram melhoras significativas dos sintomas auditivos e emocionais com a aplicação do método, podendo ser mais uma possibilidade de cuidado a ser ofertada^{50,51,52}.

Esse campo de saberes e cuidados desenha um quadro extremamente múltiplo e sincrético, articulando um número crescente de métodos diagnóstico-terapêuticos, tecnologias leves, filosofias orientais, práticas religiosas, em estratégias sensíveis de vivência corporal e de autoconhecimento que contribuem para o fazer em saúde^{53,54,55}.

Fluxograma 1. Proposta de cuidado do portador de zumbido na atenção básica



*Entrada da unidade

O processo saúde-doença-cuidado deve ser continuamente construído e fortalecido pelo conjunto de campos, práticas e compartilhamentos, constituindo-se como terreno fértil para a quebra do paradigma enraizado da medicalização tanto da saúde quanto da doença. Dentro da lógica da clínica ampliada, o sujeito é o protagonista, não a doença, e todo o processo faz parte do seu arcabouço de saberes, bem como os aspectos sociais e subjetivos^{56,57,58}.

As práticas em saúde devem manter o foco na subjetividade, primeiramente por possibilitar a escolha dentro do processo terapêutico para o indivíduo, empoderando-o e criando possibilidades de cuidado que vão ao encontro de suas necessidades e desejos. Além disso, as ações desenvolvidas na atenção básica devem buscar a efetividade e resolutividade por meio de menor custo, maior abrangência, tendo como objetivo a qualidade de vida em seu sentido mais amplo^{47,48,55}.

Considerações finais

O zumbido ainda é pouco abordado no contexto da atenção básica, fazendo-se necessários mais estudos acerca do tema. Há a necessidade de ampliação também do olhar dos profissionais quanto ao sujeito portador de zumbido diante da pluralidade de possibilidades de cuidado levando em conta a singularidade dos indivíduos e a responsabilidade pela prática em saúde.

Seja um trabalhador, um estudante ou uma dona de casa, seja a dificuldade para se comunicar, para se concentrar ou para dormir, seja por ruído ocupacional, excesso de cafeína ou por doenças sistêmicas - são pessoas que importam, zumbidos que incomodam e histórias que merecem ser ouvidas. Cabe aos profissionais valorizar o discurso desses sujeitos.

Referências

1. Samelli AG. Zumbido – Avaliação, diagnóstico e reabilitação. São Paulo: Lovise; 2004.
2. Padilha CB. Zumbido: abordagem teórica [monografia]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2006.
3. Lasisi AO, Gureje O. Prevalence of insomnia and impact on quality of life among

- community elderly with tinnitus. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2011; 120(4):226-30.
4. Mathias KV, Mezzasalma MA, Nardi AE. Prevalência de transtorno de pânico em pacientes com zumbidos. *Rev Psiquiatr Clín*. 2011; 38(4):139-42.
 5. Esteves CC, Brandão FN, Siqueira CGA, Carvalho SAS. Audição, zumbido e qualidade de vida: um estudo piloto. *Rev. CEFAC*. 2012; 14(5):836-43.
 6. Rosa MRD, Almeida AAF, Pimenta F, Silva CG, Lima MAR, Diniz MFFM. Zumbido e ansiedade: uma revisão da literatura. *Revista CEFAC*. 2012; 14(4):742-54.
 7. Shargorodsky J, Curhan GC, Farwell WR. Prevalence and characteristics of tinnitus among US adults. *Am J Med*. 2010; 123:711–8.
 8. Sanchez TG. "Epidemia" de zumbido no século XXI: preparando nossos filhos e netos. *Braz. j. otorhinolaryngol*. 2014; 80(1):3-4.
 9. Davis A, El Razaie A. Epidemiology of tinnitus. In: Tyler, RS (org.). *Tinnitus handbook*. San Diego: Thomson Learning. 2000; 1-23.
 10. Knobel KAB, Lima MCMP. Os pais conhecem as queixas auditivas de seus filhos?. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2012; 78(5):27-37.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. *Diário Oficial da União*; 28 set 2004.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
 14. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2000; 4(6):109-16.
 15. Ayres JRMC. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2004; 8(14):73-92.

16. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(17):287-301.
17. Campos GWS. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007; 12:1865-74.
18. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *Pesquisa de Representação Social: um enfoque qualiquantitativo*. Brasília (DF): Liberlivro, 2012.
19. Jodelet D. Représentations sociales: un do-main en expansion. In: Jodelet, D (org.). *Les Représentations Sociales*. Paris: Presses Universitaires de France 1989; 31-61.
20. Arruda A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cad. Pesqui.* 2002; 117:127-47.
21. Lefèvre F. O sujeito coletivo que fala coletivo. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2006; 517-24.
22. Leme PAT. *Análise do estágio extramuros na Estratégia de Saúde da Família a partir da percepção dos graduandos de Odontologia [dissertação]*. Piracicaba (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2013.
23. Pinho MC. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Cienc. Cognição*. 2006; 8:68-87.
24. Francischini AC, Moura SDRP, Chinellato M. A importância do trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. *Investigação*. 2008; 8(1- 3):25-32.
25. Campos GWS. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec; 2006.
26. Robbins S. *Fundamentos do comportamento organizacional*. São Paulo: Pearson Education, 2004.
27. Morin E. *A cabeça bem feita*. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil; 2004.
28. Cavaleiro MTP, Guimarães AL. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino-serviço. *Cad FNEPAS*. 2011; 1:19-27.
29. Piexak DR, Freitas PH, Backes DS, Moreschi C, Ferreira CLL, Souza MHT. Percepção de profissionais de saúde em relação ao cuidado a pessoas idosas institucionalizadas. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2012; 15(2):201-8.
30. Merhy EE. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: Franco TB, Merhy

- EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec. 2013; 172-82.
31. Merhy EE. A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
32. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E.(org.). Novas tecnologias e saúde. Salvador: EdUFBA; 2009.
33. Cecílio LCE. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2009; 117-30.
34. Pinto PCL, Sanchez TG, Tomita S. Avaliação da relação entre severidade do zumbido e perda auditiva, sexo e idade do paciente. Braz. j. otorhinolaryngol. 2010; 76(1):18-24.
35. Knobel KAB, Sanchez TG. Atuação dos fonoaudiólogos do estado de São Paulo na avaliação do paciente com zumbido e/ou hipersensibilidade a sons. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 2002; 14(2):215-24.
36. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. (org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ/MS/ABRASCO; 2003.
37. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. 2004; 14(1):41-65.
38. Holdefer L, Oliveira CACP, Venosa AR. Sucesso no tratamento do zumbido com terapia em grupo. Braz. j. otorhinolaryngol. 2010; 76(1):102-6.
39. Scardoelli MGC, Waidman MAP. "Grupo" de artesanato: espaço favorável à promoção da saúde mental. Esc. Anna Nery. 2011; 15(2):291-9.
40. Rachadel MV. Promoção da saúde: atuação da equipe de enfermagem em grupos de educação na atenção básica [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus /

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. HiperDia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos/Manual de Operação. – Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002.

43. Ballarin MLGS. Abordagens Grupais. In: Cavalcanti A, Galvão C (org.). Terapia ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2007; 38-43.

44. Friedman S, Passos M. O grupo terapêutico em fonoaudiologia: uma experiência com pessoas adultas. In: Guarinello A, Santana A, Berberian A, Massi G (org.). Abordagens Grupais em Fonoaudiologia: contexto e aplicações. São Paulo: Plexus. 2007; 138-63.

45. Rases EF, Rocha RMG. Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. *Psicol. estud.* 2010; 15(1):35-44.

46. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas, 2003.

47. Franco TB, Magalhães Júnior HM. A integralidade na assistência à saúde. In: MERHY EE et al. (orgs). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003; 125-33.

48. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(3):593-606.

49. Lavinsky J, Lavinsky-Wolff M, Lavinsky L. Zumbido. In: Gusso G, Lopes JMC (org.). Tratado de medicina da família e da comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012.

50. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971 de 4 de maio de 2006. Institui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*; 4 mai 2006.

51. Okada DM, Onishi ET, Chami FI, Borin A, Cassola N, Guerreiro VM. O uso da acupuntura para alívio imediato do zumbido. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2006; 72(2):182-6.

52. Azevedo RF, Chiari BM, Okada DM, Onishi ET. Efeito da acupuntura sobre as emissões otoacústicas de pacientes com zumbido. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2007;

73(5):599-607.

53. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface (Botucatu)*. 2000; 4(6):109-16.

54. Andrade JT, Costa LFA. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia Médica. *Saúde Sociedade*. 2010; 19(3):497-508.

55. Contatore OA, Barros NF, Durval MR, Barrio PCCC, Coutinho BD, Santos JA et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2015; 20(10):3263-73.

56. Galhardi WMP, Barros NF, Leite-Mor ACMB. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2013; 18(1):213-20.

57. Campos, GWS. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2006; 4(1):19-32.

58. Barros NF. O ensino das ciências sociais em saúde: entre o aplicado e o teórico. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2014; 19(4):1053-63.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se considerar que a amostra obtida na pesquisa é representativa do distrito selecionado e a metodologia utilizada permite o retrato tanto da individualidade quanto da coletividade dos profissionais entrevistados.

O zumbido ainda é pouco abordado no contexto da atenção básica, não sendo considerado como necessidade de cuidado. Os estudos na área devem ser endossados e a reflexão do fazer em saúde deve ser constante, buscando a prática em saúde ampliada.

Faz-se necessário investir na formação dos profissionais em saúde que contemple conhecimentos específicos e espaços/ferramentas que ampliem o olhar para o processo saúde-doença-cuidado do portador de zumbido.

8. CONCLUSÃO

Os profissionais entrevistados são jovens, provenientes de instituições de ensino público e possuem especialização. Médicos e técnicos ou auxiliares de enfermagem apresentam maior tempo de formação e atuação na atenção básica e no CS. O tempo de atuação na atenção básica e no CS apresentam relação com os depoimentos obtidos.

O conhecimento acerca do zumbido pelos profissionais da atenção básica ainda é escasso e se tem fortemente determinado o caráter especializado e médico-centrado. O presente estudo evidencia que, a partir da atenção básica, é possível estabelecer um fluxo de cuidado do portador de zumbido.

Questionar sobre como o sujeito ouve a vida é dever de todos os profissionais de saúde.

9. REFERÊNCIAS

1. Prose F. Palavras. In: Prose F. Para ler como um escritor: Um guia para quem gosta de livros e para quem quer escrevê-los. Rio de Janeiro: Zahar. 2008; 13-24.
2. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União; 19 set 1990.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília, 2000.
5. Campos GWS. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2007; 12:1865-74.
6. Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Entendendo o SUS. Mar. 2016.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
9. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A, Gomes A, Bousquat A. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Cienc. Saude Colet. 2006; 11(3):633-41.
10. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. Interface (Botucatu). 2010; 14(35):797-810.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde,

2010.

12. Davis A, El Rafaie A. Epidemiology of tinnitus. In: Tyler, RS (org.). Tinnitus handbook. San Diego: Thomson Learning. 2000; 1-23.
13. Shargorodsky J, Curhan GC, Farwell WR. Prevalence and characteristics of tinnitus among US adults. *Am J Med.* 2010; 123:711–8.
14. Sanchez TG. "Epidemia" de zumbido no século XXI: preparando nossos filhos e netos. *Braz. j. otorhinolaryngol.* 2014; 80(1):3-4.
15. Lasisi AO, Gureje O. Prevalence of insomnia and impact on quality of life among community elderly with tinnitus. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2011; 120(4):226-30.
16. Mathias KV, Mezzasalma MA, Nardi AE. Prevalência de transtorno de pânico em pacientes com zumbidos. *Rev Psiquiatr Clín.* 2011; 38(4):139-42.
17. Esteves CC, Brandão FN, Siqueira CGA, Carvalho SAS. Audição, zumbido e qualidade de vida: um estudo piloto. *Rev. CEFAC.* 2012; 14(5):836-43.
18. Rosa MRD, Almeida AAF, Pimenta F, Silva CG, Lima MAR, Diniz MFFM. Zumbido e ansiedade: uma revisão da literatura. *Revista CEFAC.* 2012; 14(4):742-54.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. *Diário Oficial da União*; 28 set 2004.
20. Kentish RC, Crocker SR, McKenna L. Children's experience of tinnitus: a preliminary survey of children presenting to a psychology department. *Br J Audiol.* 2000; 34(6):335-40.
21. Knobel KAB, Lima MCMP. Os pais conhecem as queixas auditivas de seus filhos?. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2012; 78(5):27-37.
22. Båsjö S, Möller C; Widén S, Jutengren G, Kähäri K. Hearing thresholds, tinnitus, and headphone listening habits in nine-year-old children. *International Journal of Audiology.* 2016; 55(10):587-96.
23. Guimaraes AC, Carvalho GM, Voltolini MMFD, Zappelini CEM, Mezzalira R, Stoler G, Paschoal JR. Estudo da relação entre o grau de incômodo de pacientes com zumbido e a presença de hiperacusia. *Braz. J. Otorhinolaryngol.* 2014; 80(1):24-8.
24. Araujo TM, Iorio MCM. Effects of sound amplification in self-perception of tinnitus

- and hearing loss in the elderly. *Braz. J. Otorhinolaryngol.* 2016; 82(3):289-96.
25. Polanski JF, Soares AD, Cruz OLM. Antioxidant therapy in the elderly with tinnitus. *Braz. j. otorhinolaryngol.* 2016; 82(3):269-74.
26. Paro CA, Vianna NG, Lima MCMP. Investigando a adesão ao atendimento fonoaudiológico no contexto da atenção básica. *Revista CEFAC.* Out 2013; 15(5):1316-24.
27. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA, Rodrigues M. Assistência fonoaudiológica no SUS: a ampliação do acesso e o desafio de superação das desigualdades. *Revista CEFAC.* Fev 2015; 17(1):71-9.
28. Chanes M. Os desafios na formação de gestores líderes em saúde. *O mundo da saúde.* 2006; 30(2):326-31.
29. Feuerwerker LCM. A cadeia do cuidado em saúde. In: Martins JJN, Rego S. *Educação Médica: gestão, cuidado e avaliação.* São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABEM. 2011; 99-113.
30. Vasconcelos ACF, Stedefeldt E, Frutuoso MFP. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(56):147-58.
31. Czeresnia D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2003; 39-53.
32. Campos GWS, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2004; 9(3):745-9.
33. Iglesias A, Dalbello-Araujo M. As concepções de promoção da saúde e suas Implicações. *Cad. Saúde Colet.* 2011; 19(3):291-8.
34. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.* 2004; 14(1):41-65.
35. Campos GWS. Sete considerações sobre saúde e cultura. *Saúde e Sociedade.* 2002; 11(1):105-15.
36. Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública.* 1999; 15(1):187-94.
37. Chiesa AM, Nascimento DDG, Braccialli LAD, OLIVEIRA MAC. A formação de

- profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enfermagem*. 2007; 12(2):236-40.
38. Feuerwerker LC. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
39. Brasil. Resolução do Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Superior nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. CNE, 2014.
40. Ferla AA, Ceccim RB, Dall’Alba R. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. 2012; 6(2).
41. Amâncio Filho, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2004; 8(15):375-80.
42. Melo JAC. Educação e saúde: dimensões da vida e da existência humana. In: Amâncio Filho A, Moreira MCGB (org.) *Saúde, trabalho e formação profissional*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1997; 65-70.
43. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2005; 10(4):975-86.
44. Merhy EE. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: Franco TB, Merhy EE. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec. 2013; 172-82.
45. Brasil. Resolução do Conselho Nacional de Educação e Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 350/2005. Institui critérios sobre abertura de cursos de graduação na área da saúde. CNS, 2005.
46. Chun RYS, Nakamura HY. Cuidado na produção da saúde: questões para a Fonoaudiologia. In: Marchesan IQ, Silva HJ da, Tomé MC (orgs). *Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia*. São Paulo: Guanabara Koogan. 2014; 744-9.
47. Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde em Debate*. 2003; 27(65):316-23.
48. Telesi Junior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. av.* 2016; 30(86):99-112.

49. Almeida Filho N. O que é saúde?. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
50. Jodelet D. Représentations sociales: un do-main en expansion. In: Jodelet, D (org.). Les Représentations Sociales. Paris: Presses Universitaires de France 1989; 31-61.
51. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa de Representação Social: um enfoque qualiquantitativo. Brasília (DF): Liberlivro, 2012.
52. Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Pública. 1997; 13(1):141-4.
53. Silva Júnior AG, Merhy EE, Carvalho LC. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-Abrasco, 3ª ed. 2005, 113-28.
54. Minayo MC. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva. 2000; 5(1):7-18.
55. Arruda A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. Cad. Pesqui. 2002; 117:127-47.
56. Turato ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa. Vozes, 2003.
57. Lefèvre F. O sujeito coletivo que fala coletivo. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2006; 517-24.
58. Leme PAT. Análise do estágio extramuros na Estratégia de Saúde da Família a partir da percepção dos graduandos de Odontologia [dissertação]. Piracicaba (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2013.
59. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de Bioestatística. São Paulo: Ed. Thomson, 2004.
60. Mehta CR, Patel NR. A network algorithm for performing Fisher's exact test in rxc contingency tables. JASA. 1983; 78(382):427-34.
61. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. In: The significance of a product moment rs. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. 1988; 75-108.
62. Wendhausen A, Saube R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2003;12(1):17-25.

63. Araujo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):455-64.
64. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2006; 15(3):7-18.
65. Silva JA, Seixas PHD'A, Marsiglia RMG. Os sujeitos do PSF na cidade de São Paulo. São Paulo: Cealag-Memnon, 2011.
66. Corrêa ACP, Araújo EF, Ribeiro AC, Pedrosa ICF. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. *Rev Eletr Enferm*. 2012; 14(1):171-80.
67. Costa SM, Ferreira A, Xavier LR, Guerra PNS, Rodrigues CAQ. Referência e contrarreferência na Saúde da Família: percepção dos profissionais de saúde. *Rev APS*. 2013; 16(3):287-93.
68. Medeiros A, Pereira QLC, Siqueira HCH, Cecagno D, Moraes CL. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. *Rev. bras. enferm*. 2010; 63(1):38-42.
69. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 23 out 2013.
70. Baraky LR, Bento RF, Raposo NRB, Tibiriçá SHC, Ribeiro LC, Barone MMVB, Vasconcelos NB. Prevalência de perda auditiva incapacitante em Juiz de Fora, Brasil. *Braz J Otorhinolaryngol*. São Paulo: 2012, 78(4):52-8.
71. World Health Organization. Deafness and hearing loss. 2015.
72. Penteado RZ, Servilha EAM. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. *Rev Distúrb Comun*. 2004; 16(1):107-16.
73. Lipay MS, Almeida EC. A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. *Rev Ciênc Med*. 2007; 16(1):31-41.
74. Mendes VLF. Fonoaudiologia e saúde coletiva: perspectivas de atuação nos serviços públicos de saúde. *Rev Distúrb Comun*. 1999; 10(2):213-24.
75. Silva RM, Andrade LOM. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o

- desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. *Physis*. 2014; 24(4):1207-28.
76. Mendes VLF. Uma clínica no coletivo: experimentações no Programa de Saúde da Família. São Paulo: Hucitec; 2007.
77. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2006; 11(1):53-61.
78. Nogueira CS. A Loucura interroga a Gestão: subjetividade e saúde mental na era do trabalho imaterial [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Estadual do Rio Grande do Sul; 2014.
79. Silva JDG, Aciole GG, Lancman S. Ambivalências no cuidado em saúde mental: a 'loucura' do trabalho e a saúde dos trabalhadores. Um estudo de caso da clínica do trabalho. *Interface*. 2017;21(63):881-92.
80. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. educ. saúde*. 2008; 6(3):443-56.
81. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E.(org.). *Novas tecnologias e saúde*. Salvador: EdUFBA; 2009.
82. Bedrikow R. A clínica e as políticas públicas de saúde para atenção básica no Brasil [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2013.
83. Leonello V, Oliveira M. Construindo o diálogo entre saberes para ressignificar a ação educativa em saúde. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(Especial 70 anos):916-20.
84. Campos GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011; 16(7):3033-40.
85. Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
86. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2009; 14(Suppl 1):1523-31.
87. Dagnino R. *Tecnologia Social: contribuições conceituais e metodológicas*. Campina Grande (PB): EDUEPB, 2014.

88. Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.
89. Rover MRM, Vargas-Peláez CM, Farias MR, Leite SN. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *Physis*. 2016; 26(2):691-711.
90. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997; 13(3):469-78.
91. Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010; 15(5):2337-44.
92. Vygotsky LS. *Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem*. São Paulo: Ícone, 1988.
93. Oliveira MK. *Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio-histórico*. São Paulo: Scipione, 1993.
94. Fontes A, Freixo O. *Vygotsky e a aprendizagem cooperativa*. Lisboa: Edição Livros Horizonte; 2004.
95. Cortella MS. *A escola e o conhecimento: fundamentos epistemológicos e políticos*. São Paulo: Cortez, 1998.
96. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática docente*. São Paulo: Paz e Terra, 2001.
97. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.
98. Chiarella T, Bivanco-Lima D, Moura JC, Marques MCC, Marsiglia RMG. A Pedagogia de Paulo Freire e o Processo Ensino-Aprendizagem na Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2015; 39(3):418-25.
99. Orlandi EP. *As formas do silêncio: no movimento dos sentidos*. Campinas (SP): Unicamp; 2007.
100. Buber M. *Do diálogo e do dialógico*. São Paulo: Perspectiva; 2009.
101. Mello JG, Gresele ADP, Maria CM, Fedosse E. Subjetividade e institucionalização no discurso de idosas. *Distúrb Comun*. 2013;25(1):35-45.
102. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971 de 4 de maio de 2006. Institui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema

Único de Saúde. Diário Oficial da União; 4 mai 2006.

Anexo I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cuidado com o portador de zumbido na atenção básica: perspectiva dos profissionais de saúde

Carla Salles Chamouton; Helenice Yemi Nakamura

Número do CAAE: 1.595.502 /2016

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos: Essa pesquisa se justifica pela necessidade de aprofundar o conhecimento acerca do cuidado com o portador de zumbido no contexto da atenção básica devido sua alta prevalência, impacto negativo na vida do indivíduo e escassez de literatura. O objetivo do presente estudo é investigar o conhecimento acerca do zumbido, a percepção das ações existentes e a rede de cuidado a partir da atenção básica pela perspectiva dos profissionais de saúde.

Procedimentos: Participando do estudo você está sendo convidado a: participar de uma entrevista baseada em questões norteadoras que será gravada em vídeo e posteriormente transcrita para análise.

Observações: As entrevistas serão realizadas preferencialmente no local de trabalho de cada profissional, em um horário conveniente dentro da sua rotina de trabalho, sem necessidade de deslocamento. O tempo de duração previsto da entrevista é de 15 minutos. Será realizada gravação em vídeo para posterior transcrição dos dados para análise. As gravações serão armazenadas no banco de dados das pesquisadoras e serão descartadas após a conclusão da dissertação de mestrado da pesquisadora. O material e os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados exclusivamente para a pesquisa.

Desconfortos e riscos: A pesquisa não apresenta riscos nem desconfortos previsíveis.

Benefícios: Espera-se que a pesquisa amplie o olhar dos profissionais de saúde para o cuidado integral do sujeito portador de zumbido na atenção básica, favorecendo a assistência ao indivíduo e complementando a formação dos profissionais.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e indenização: Não há ressarcimento previsto. Você terá a garantia ao direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Você, ou seu representante legal, a qualquer tempo e sem quaisquer ônus ou prejuízos, pode se recusar a participar ou retirar o consentimento da pesquisa.

Contato: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os

pesquisadores Carla Salles Chamouton e Helenice Yemi Nakamura, CEPRE (Centro de Estudos e Pesquisa em Reabilitação “Gabriel Porto”): Rua Tessália Vieira de Camargo, 126; Barão Geraldo; CEP 13083-887 – Campinas - SP; telefone (19) 3521-8807 ou (19) 99127-4237; e-mail: carla.chamouton@gmail.com ou hnakamur@fcm.unicamp.br.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; email: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Consentimento livre e esclarecido: Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do (a) participante: _____

Contato telefônico: _____ E-mail (opcional): _____

_____ Data: ____/____/2016.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador: Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/____/2016.

(Assinatura do pesquisador)

Anexo II - RESULTADOS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA

Associações

Tabela 12. Associação entre as categorias e os grupos de entrevistados para a pergunta 1: Quando os profissionais questionam ao paciente sobre sua audição, na unidade?

Variável	Grupo						p-valor
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos/Auxiliares		
	N	%	N	%	N	%	
Pergunta 1 - A queixa parte do paciente							0,0394*
Não	8	19,51	14	48,28	33	33,00	
Sim	33	80,49	15	51,72	67	67,00	
Pergunta 1 - No acolhimento							0,0620**
	100,0						
Não	41	0	26	89,66	90	90,00	
Sim	0	0,00	3	10,34	10	10,00	
Pergunta 1 - Quando o profissional percebe							0,0002*
Não	29	70,73	17	58,62	90	90,00	
Sim	12	29,27	12	41,38	10	10,00	
Pergunta 1 - Não faz parte da rotina							0,2746*
Não	22	53,66	12	41,38	39	39,00	
Sim	19	46,34	17	58,62	61	61,00	
Pergunta 1 - Dependente da faixa etária							< 0,0001**
Não	29	70,73	28	96,55	97	97,00	
Sim	12	29,27	1	3,45	3	3,00	

* p-valor obtido por meio do teste Qui-quadrado.

** p-valor obtido por meio do teste exato de Fisher.

Tabela 13. Associação entre as categorias e os grupos de entrevistados para a pergunta 2: Se um paciente apresenta queixa de zumbido, qual a conduta na unidade?

Variável	Grupo						p-valor
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos/Auxiliares		
	N	%	N	%	N	%	
Pergunta 2 - Avaliação médica							0,0063*
Não	4	9,76	6	20,69	35	35,00	
Sim	37	90,24	23	79,31	65	65,00	
Pergunta 2 - Encaminhamento para especialidade							< 0,0001*
Não	8	19,51	11	37,93	80	80,00	
Sim	33	80,49	18	62,07	20	20,00	
Pergunta 2 - Avaliação da enfermagem							< 0,0001**
	100,0						
Não	41	0	18	62,07	94	94,00	
Sim	0	0,00	11	37,93	6	6,00	
Pergunta 2 - Fluxo do acolhimento							0,0033*

			100,0				
Não	41	0	27	93,10	80	80,00	
Sim	0	0,00	2	6,90	20	20,00	

* p-valor obtido por meio do teste Qui-quadrado.

** p-valor obtido por meio do teste exato de Fisher.

Tabela 14. Associação entre as categorias e os grupos de entrevistados para a pergunta 3: Dentre os dispositivos já existentes na unidade (grupos, visitas domiciliares, reuniões, etc.) em quais você acha que poderiam ser incluídas atividades relacionadas ao zumbido?

Variável	Grupo						p-valor
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos/Auxiliares		
	N	%	N	%	N	%	
Pergunta 3 - Nos grupos							0,1309*
Não	33	80,49	18	62,07	79	79,00	
Sim	8	19,51	11	37,93	21	21,00	
Pergunta 3 - No grupo HiperDia							0,1955*
Não	33	80,49	18	62,07	76	76,00	
Sim	8	19,51	11	37,93	24	24,00	
Pergunta 3 - Nas reuniões de equipe							0,3740**
Não	36	87,80	28	96,55	94	94,00	
Sim	5	12,20	1	3,45	6	6,00	
Pergunta 3 - Nas práticas integrativas							0,0246**
Não	39	95,12	23	79,31	95	95,00	
Sim	2	4,88	6	20,69	5	5,00	
Pergunta 3 - Em todas as atividades							0,3024**
Não	35	85,37	28	96,55	92	92,00	
Sim	6	14,63	1	3,45	8	8,00	
Pergunta 3 - No acolhimento							1,0000**
Não	39	95,12	27	93,10	94	94,00	
Sim	2	4,88	2	6,90	6	6,00	
Pergunta 3 - Desconhecimento							0,2204**
Não	40	97,56	25	86,21	92	92,00	
Sim	1	2,44	4	13,79	8	8,00	
Pergunta 3 - Nas consultas							0,9136**
Não	38	92,68	27	93,10	94	94,00	
Sim	3	7,32	2	6,90	6	6,00	
Pergunta 3 - Na visita domiciliar							0,8300**
Não	38	92,68	28	96,55	93	93,00	
Sim	3	7,32	1	3,45	7	7,00	
Pergunta 3 - Em nenhuma atividade							0,1482*
Não	33	80,49	28	96,55	84	84,00	
Sim	8	19,51	1	3,45	16	16,00	

* p-valor obtido por meio do teste Qui-quadrado.

** p-valor obtido por meio do teste exato de Fisher.

Tabela 15. Associação entre as categorias e o local de formação para a pergunta 1: Quando os profissionais questionam ao paciente sobre sua audição, na unidade?

Variável	Local de formação						p-valor
	Cuba - Pública		Particular		Pública		
	N	%	N	%	N	%	
Pergunta 1 - A queixa parte do paciente							0,1594*
Não	6	42,86	24	26,09	2	39,0	
Sim	8	57,14	68	73,91	3	60,9	
Pergunta 1 - No acolhimento							0,6097**
Não	14	100,00	83	90,22	6	93,7	
Sim	0	0,00	9	9,78	4	6,25	
Pergunta 1 - Quando o profissional percebe							0,0493*
Não	12	85,71	79	85,87	4	70,3	
Sim	2	14,29	13	14,13	1	29,6	
Pergunta 1 - Não faz parte da rotina							0,1365*
Não	9	64,29	41	44,57	2	35,9	
Sim	5	35,71	51	55,43	4	64,0	
Pergunta 1 - Dependente da faixa etária							< 0,0001*
Não	7	50,00	87	94,57	6	93,7	
Sim	7	50,00	5	5,43	0	5	

* p-valor obtido por meio do teste Qui-quadrado.

** p-valor obtido por meio do teste exato de Fisher.

Tabela 16. Associação entre as categorias e o local de formação para a pergunta 2: Se um paciente apresenta queixa de zumbido, qual a conduta na unidade?

Variável	Local de formação						p-valor
	Cuba - Pública		Particular		Pública		
	N	%	N	%	N	%	
Pergunta 2 - Avaliação médica							0,0084*
Não	0	0,00	32	34,78	1	20,3	
Sim	14	100,00	60	65,22	3	1	
Pergunta 2 - Encaminhamento para especialidade							0,0020*
Não	4	28,57	64	69,57	5	79,6	
Sim	10	71,43	28	30,43	1	9	
Pergunta 2 - Avaliação da enfermagem							0,3726*
Não	14	100,00	81	88,04	5	90,6	
Sim	0	0,00	11	11,96	8	3	
Pergunta 2 - Fluxo do acolhimento							0,1097*
Não	14	100,00	76	82,61	5	90,6	
Sim	0	0,00	16	17,39	8	3	

* p-valor obtido por meio do teste Qui-quadrado.

** p-valor obtido por meio do teste exato de Fisher.

Tabela 17. Associação entre as categorias e o local de formação para a pergunta 3: Dentre os dispositivos já existentes na unidade (grupos, visitas domiciliares, reuniões, etc.) em quais você acha que poderiam ser incluídas atividades relacionadas ao zumbido?

Variável	Local de formação						p-valor
	Cuba - Pública		Particular		Pública		
	N	%	N	%	N	%	
Pergunta 3 - Nos grupos							0,7690*
Não	11	78,57	72	78,26	4	73,4	
Sim	3	21,43	20	21,74	7	26,5	
Pergunta 3 - No grupo HiperDia							0,5404*
Não	9	64,29	68	73,91	5	78,1	
Sim	5	35,71	24	26,09	1	21,8	
Pergunta 3 - Nas reuniões de equipe							0,1884**
Não	12	85,71	88	95,65	5	90,6	
Sim	2	14,29	4	4,35	8	3	
Pergunta 3 - Nas práticas integrativas							0,4024**
Não	14	100,00	86	93,48	5	89,0	
Sim	0	0,00	6	6,52	7	10,9	
Pergunta 3 - Em todas as atividades							0,9631*
Não	13	92,86	84	91,30	5	90,6	
Sim	1	7,14	8	8,70	8	3	
Pergunta 3 - No acolhimento							1,0000**
Não	14	100,00	86	93,48	6	93,7	
Sim	0	0,00	6	6,52	4	6,25	
Pergunta 3 - Desconhecimento							0,4024**
Não	14	100,00	86	93,48	5	89,0	
Sim	0	0,00	6	6,52	7	10,9	
Pergunta 3 - Nas consultas							0,8972**
Não	14	100,00	85	92,39	6	93,7	
Sim	0	0,00	7	7,61	0	5	
Pergunta 3 - Na visita domiciliar							0,1604**
Não	12	85,71	85	92,39	6	96,8	
Sim	2	14,29	7	7,61	2	8	
Pergunta 3 - Em nenhuma atividade							0,7596*
Não	11	78,57	79	85,87	5	85,9	
Sim	3	21,43	13	14,13	5	14,0	
					9	6	

* p-valor obtido por meio do teste Qui-quadrado.

** p-valor obtido por meio do teste exato de Fisher.

Comparações

Tabela 18. Comparação entre a categoria “A queixa parte do paciente” e a idade e o tempo de formação e atuação

Variável	Pergunta 1 - A queixa parte do paciente	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p-valor
Idade	Não	55	43,60	11,70	19,00	66,00	0,4928*
	Sim	115	42,40	10,11	24,00	68,00	
Tempo formação	Não	55	16,05	8,69	2,00	33,00	0,6443**
	Sim	115	16,75	9,06	0,67	38,00	
Tempo AB	Não	55	12,72	9,10	0,08	32,00	0,8089**
	Sim	115	12,17	8,35	0,25	32,00	
Tempo CS	Não	55	7,73	7,47	0,08	28,00	0,7858**
	Sim	115	7,95	7,18	0,25	26,00	

* p-valor obtido por meio do teste t de Student não pareado.

** p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney.

Tabela 19. Comparação entre a categoria “No acolhimento” e a idade e o tempo de formação e atuação

Variável	Pergunta 1 - No acolhimento	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p-valor*
Idade	Não	157	42,81	10,74	19,00	68,00	0,9930
	Sim	13	42,54	9,59	24,00	61,00	
Tempo formação	Não	157	16,63	9,00	0,67	38,00	0,5852
	Sim	13	15,23	8,08	4,00	28,00	
Tempo AB	Não	157	12,40	8,68	0,08	32,00	0,7334
	Sim	13	11,69	7,46	0,33	22,00	
Tempo CS	Não	157	7,78	7,19	0,08	28,00	0,8212
	Sim	13	9,11	8,18	0,33	22,00	

* p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney.

Tabela 20. Comparação entre a categoria “Quando o profissional percebe” e a idade e o tempo de formação e atuação

Variável	Pergunta 1 - Quando o profissional percebe	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p-valor
Idade	Não	136	42,82	10,51	19,00	68,00	0,9313*
	Sim	34	42,65	11,28	24,00	66,00	
Tempo formação	Não	136	16,71	8,57	0,67	38,00	0,4913**
	Sim	34	15,79	10,32	2,00	33,00	
Tempo AB	Não	136	12,30	8,34	0,08	29,00	0,8945**
	Sim	34	12,53	9,60	0,33	32,00	
Tempo CS	Não	136	8,23	7,64	0,08	28,00	0,5931**
	Sim	34	6,48	5,27	0,25	18,00	

* p-valor obtido por meio do teste t de Student não pareado.

** p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney.

Tabela 21. Comparação entre a categoria “Não faz parte da rotina” e a idade e o tempo de formação e atuação

Variável	Pergunta 1 - Não faz parte da rotina	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p-valor
Idade	Não	73	42,53	9,58	25,00	66,00	0,7879*
	Sim	97	42,98	11,41	19,00	68,00	
Tempo formação	Não	73	16,76	8,68	0,67	38,00	0,7242**
	Sim	97	16,34	9,13	1,08	36,00	
Tempo AB	Não	73	12,30	8,17	0,33	32,00	0,9409**
	Sim	97	12,38	8,91	0,08	30,00	
Tempo CS	Não	73	6,92	6,29	0,25	25,00	0,2931**
	Sim	97	8,61	7,85	0,08	28,00	

* p-valor obtido por meio do teste t de Student não pareado.

** p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney.

Tabela 22. Comparação entre a categoria “Dependente da faixa etária” e a idade e o tempo de formação e atuação

Variável	Pergunta 1 - Dependente da faixa etária	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p-valor*
Idade	Não	154	42,62	10,52	19,00	68,00	0,5805
	Sim	16	44,38	11,92	25,00	66,00	
Tempo formação	Não	154	16,35	8,59	1,08	38,00	0,4546
	Sim	16	18,23	11,80	0,67	33,00	
Tempo AB	Não	154	12,01	8,26	0,08	32,00	0,1850
	Sim	16	15,63	10,99	0,42	32,00	
Tempo CS	Não	154	8,20	7,34	0,08	28,00	0,0765
	Sim	16	4,83	5,72	0,33	16,00	

* p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney.

Tabela 23. Comparação entre a categoria “Avaliação médica” e a idade e o tempo de formação e atuação

Variável	Pergunta 2 - Avaliação médica	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p-valor*
Idade	Não	45	42,58	9,64	25,00	66,00	0,8988
	Sim	125	42,86	11,01	19,00	68,00	
Tempo formação	Não	45	16,37	7,98	1,08	34,00	0,8987
	Sim	125	16,58	9,26	0,67	38,00	
Tempo AB	Não	45	12,38	8,53	0,08	28,00	0,9619
	Sim	125	12,33	8,63	0,33	32,00	
Tempo CS	Não	45	8,24	8,01	0,08	28,00	0,7664
	Sim	125	7,75	6,99	0,25	26,00	

* p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney.

Tabela 24. Comparação entre a categoria “Encaminhamento para especialidade” e a idade e

o tempo de formação e atuação

Variável	Pergunta 2 - Encaminhamento para especialidade		Desvio - padrão				p-valor*
	N	Média	padrão	Mínimo	Máximo		
Idade	Não	99	43,98	10,47	19,00	68,00	0,0852
	Sim	71	41,13	10,71	24,00	61,00	
Tempo formação	Não	99	16,69	8,05	1,50	36,00	0,7031
	Sim	71	16,29	10,06	0,67	38,00	
Tempo AB	Não	99	12,34	8,36	0,08	32,00	0,9533
	Sim	71	12,36	8,93	0,25	32,00	
Tempo CS	Não	99	8,48	7,29	0,08	26,00	0,1850
	Sim	71	7,04	7,16	0,25	28,00	

* p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney.

Tabela 25. Comparação entre a categoria “Avaliação da enfermagem” e a idade e o tempo de formação e atuação

Variável	Pergunta 2 - Avaliação da enfermagem		Desvio-padrão				p-valor
	N	Média	padrão	Mínimo	Máximo		
Idade	Não	153	43,20	10,71	19,00	68,00	0,1340*
	Sim	17	39,12	9,37	28,00	58,00	
Tempo formação	Não	153	17,05	8,94	0,67	38,00	0,0226**
	Sim	17	11,82	7,38	3,00	25,00	
Tempo AB	Não	153	12,83	8,58	0,08	32,00	0,0267**
	Sim	17	7,99	7,41	0,33	25,00	
Tempo CS	Não	153	8,05	7,32	0,08	28,00	0,3295**
	Sim	17	6,39	6,62	0,25	21,00	

* p-valor obtido por meio do teste t de Student não pareado.

** p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney.

Tabela 26. Comparação entre a categoria “Fluxo do acolhimento” e a idade e o tempo de formação e atuação

Variável	Pergunta 2 - Fluxo do acolhimento		Desvio-padrão				p-valor
	N	Média	padrão	Mínimo	Máximo		
Idade	Não	148	43,11	10,86	19,00	68,00	0,3104*
	Sim	22	40,64	8,90	28,00	66,00	
Tempo formação	Não	148	16,65	9,08	0,67	38,00	0,6355**
	Sim	22	15,67	7,87	1,67	32,00	
Tempo AB	Não	148	12,65	8,67	0,25	32,00	0,2556**
	Sim	22	10,29	7,83	0,08	25,00	
Tempo CS	Não	148	8,06	7,22	0,25	28,00	0,2567**
	Sim	22	6,66	7,50	0,08	25,00	

* p-valor obtido por meio do teste t de Student não pareado.

** p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney.

Tabela 27. Comparação entre a categoria “Nos grupos” e a idade e o tempo de formação e atuação

Variável	Pergunta 3 - Nos grupos	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p-valor*
Idade	Não	13 0	43,84	10,61	19,00	68,00	0,0228
	Sim	40	39,38	10,09	24,00	59,00	
Tempo formação	Não	13 0	17,06	8,59	1,50	38,00	0,1454
	Sim	40	14,79	9,84	0,67	33,00	
Tempo AB	Não	13 0	12,50	8,50	0,08	32,00	0,7798
	Sim	40	11,86	8,93	0,25	30,00	
Tempo CS	Não	13 0	8,28	7,28	0,08	28,00	0,1935
	Sim	40	6,58	7,08	0,25	26,00	

* p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney.

Tabela 28. Comparação entre a categoria “No grupo HiperDia” e a idade e o tempo de formação e atuação

Variável	Pergunta 3 - No grupo HiperDia	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p-valor
Idade	Não	127	42,57	10,72	19,00	68,00	0,6542*
	Sim	43	43,42	10,47	25,00	66,00	
Tempo formação	Não	127	16,87	9,29	0,67	38,00	0,3697**
	Sim	43	15,49	7,72	3,00	32,00	
Tempo AB	Não	127	12,10	8,84	0,08	32,00	0,4883**
	Sim	43	13,08	7,81	1,00	29,00	
Tempo CS	Não	127	7,65	7,36	0,08	28,00	0,3080**
	Sim	43	8,56	6,96	0,25	20,00	

* p-valor obtido por meio do teste t de Student não pareado.

** p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney.

Tabela 29. Comparação entre a categoria “Nas reuniões de equipe” e a idade e o tempo de formação e atuação

Variável	Pergunta 3 - Nas reuniões de equipe	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p-valor
Idade	Não	158	42,11	10,13	19,00	66,00	0,0025*
	Sim	12	51,67	13,45	30,00	68,00	
Tempo formação	Não	158	16,06	8,74	0,67	38,00	0,0217**
	Sim	12	22,67	9,40	6,00	36,00	
Tempo AB	Não	158	12,06	8,63	0,08	32,00	0,0708**
	Sim	12	16,08	7,18	5,00	25,00	
Tempo CS	Não	158	7,60	7,18	0,08	28,00	0,0338**
	Sim	12	11,64	7,39	2,50	25,00	

* p-valor obtido por meio do teste t de Student não pareado.

** p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney.

Tabela 30. Comparação entre a categoria “Nas práticas integrativas” e a idade e o tempo de formação e atuação

Variável	Pergunta 3 - Nas práticas integrativas	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p-valor*
Idade	Não	157	43,21	10,77	19,00	68,00	0,0699
	Sim	13	37,69	7,40	29,00	49,00	
Tempo formação	Não	157	16,77	8,96	0,67	38,00	0,2512
	Sim	13	13,54	8,08	5,00	27,00	
Tempo AB	Não	157	12,53	8,74	0,08	32,00	0,3815
	Sim	13	10,14	6,09	4,00	19,00	
Tempo CS	Não	157	8,01	7,35	0,08	28,00	0,6789
	Sim	13	6,31	5,97	0,25	19,00	

* p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney.

Tabela 31. Comparação entre a categoria “Em todas as atividades” e a idade e o tempo de formação e atuação

Variável	Pergunta 3 - Em todas as atividades	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p-valor
Idade	Não	155	42,46	10,56	19,00	68,00	0,2029*
	Sim	15	46,13	11,13	27,00	61,00	
Tempo formação	Não	155	16,21	8,92	0,67	38,00	0,1250**
	Sim	15	19,80	8,54	5,00	32,00	
Tempo AB	Não	155	11,96	8,43	0,08	30,00	0,0830**
	Sim	15	16,36	9,39	1,00	32,00	
Tempo CS	Não	155	7,63	7,09	0,08	28,00	0,2571**
	Sim	15	10,46	8,60	1,00	25,00	

* p-valor obtido por meio do teste t de Student não pareado.

** p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney.

Tabela 32. Comparação entre a categoria “No acolhimento” e a idade e o tempo de formação e atuação

Variável	Pergunta 3 - No acolhimento	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p-valor
Idade	Não	160	43,24	10,74	19,00	68,00	0,0006*
	Sim	10	35,60	4,90	28,00	42,00	
Tempo formação	Não	160	16,84	8,93	0,67	38,00	0,0704**
	Sim	10	11,40	7,23	2,00	22,00	
Tempo AB	Não	160	12,61	8,61	0,08	32,00	0,1167**
	Sim	10	8,13	7,08	0,75	20,00	
Tempo CS	Não	160	8,21	7,27	0,08	28,00	0,0011**
	Sim	10	2,58	4,48	0,25	15,00	

* p-valor obtido por meio do teste t de Student não pareado.

** p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney.

Tabela 33. Comparação entre a categoria “Desconhecimento” e a idade e o tempo de formação e atuação

Variável	Pergunta 3 - Desconhecimen	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p-valor
----------	----------------------------	---	-------	---------------	--------	--------	---------

to							
Idade	Não	157	43,09	10,73	19,00	68,00	0,2006*
	Sim	13	39,15	8,87	25,00	54,00	
Tempo formação	Não	157	16,75	9,00	0,67	38,00	0,2962**
	Sim	13	13,74	7,65	1,67	26,00	
Tempo AB	Não	157	12,65	8,50	0,25	32,00	0,0837**
	Sim	13	8,72	9,02	0,08	23,00	
Tempo CS	Não	157	8,09	7,32	0,25	28,00	0,1090**
	Sim	13	5,41	5,99	0,08	19,00	

* p-valor obtido por meio do teste t de Student não pareado.

** p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney.

Tabela 34. Comparação entre a categoria “Nas consultas” e a idade e o tempo de formação e atuação

Variável	Pergunta 3 - Nas consultas	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p-valor*
Idade	Não	15	42,91	10,60	19,00	68,00	0,5945
	Sim	11	41,09	11,41	25,00	58,00	
Tempo formação	Não	15	16,75	8,86	1,08	38,00	0,2605
	Sim	11	13,29	9,49	0,67	26,00	
Tempo AB	Não	15	12,37	8,59	0,08	32,00	0,8990
	Sim	11	11,96	8,84	0,58	28,00	
Tempo CS	Não	15	7,93	7,15	0,08	26,00	0,4736
	Sim	11	7,14	9,01	0,58	28,00	

* p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney.

Tabela 35. Comparação entre a categoria “Na visita domiciliar” e a idade e o tempo de formação e atuação

Variável	Pergunta 3 - Na visita domiciliar	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p-valor*
Idade	Não	159	42,83	10,81	19,00	68,00	0,8741
	Sim	11	42,18	7,97	33,00	58,00	
Tempo formação	Não	159	16,67	8,95	0,67	38,00	0,3432
	Sim	11	14,41	8,56	1,50	33,00	
Tempo AB	Não	159	12,53	8,69	0,08	32,00	0,3970
	Sim	11	9,68	6,57	1,00	25,00	
Tempo CS	Não	159	8,07	7,35	0,08	28,00	0,2767
	Sim	11	5,09	5,19	1,00	17,00	

* p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney.

Tabela 36. Comparação entre a categoria “Em nenhuma atividade” e a idade e o tempo de formação e atuação

Variável	Pergunta 3 - Em nenhuma atividade	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p-valor*
----------	-----------------------------------	---	-------	---------------	--------	--------	----------

Idade	Não	145	42,61	10,72	24,00	68,00	0,4516
	Sim	25	43,84	10,26	19,00	61,00	
Tempo formação	Não	145	15,94	8,88	0,67	36,00	0,0363
	Sim	25	19,88	8,56	2,00	38,00	
Tempo AB	Não	145	12,50	8,58	0,08	32,00	0,5315
	Sim	25	11,44	8,66	1,00	28,00	
Tempo CS	Não	145	7,90	7,29	0,08	28,00	0,9824
	Sim	25	7,77	7,18	0,33	22,00	

* p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney.

Tabela 37. Comparação entre a o tempo de atuação na atenção básica e o local de formação

Variável	Local de formação	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p-valor*
Tempo AB	Cuba - Pública	1					0,0423
		4	12,39	9,43	2,50	29,00	
	Particular	2	13,81	8,16	0,25	30,00	
		6					
	Pública	4	10,24	8,67	0,08	32,00	

* p-valor obtido por meio do teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 38. Comparação entre o tempo de atuação na atenção básica em relação aos locais de formação

Pós-teste de Dunn		
Variável	Local de formação	Resultado
Tempo AB	Cuba x Particular	NS
	Cuba x Pública	NS
	Particular x Pública	Sig.

Tabela 39. Comparação entre idade e tempo de formação e atuação em relação aos grupos

Pós-teste de Dunn		
Variável	Grupo	Resultado
Idade	Médicos x Enfermeiros	Sig.
	Médicos x Técnicos/Aux	NS
	Enfermeiros x Técnicos/Aux	Sig.
Tempo formação	Médicos x Enfermeiros	Sig.
	Médicos x Técnicos/Aux	NS
	Enfermeiros x Técnicos/Aux	Sig.
Tempo AB	Médicos x Enfermeiros	Sig.
	Médicos x Técnicos/Aux	NS
	Enfermeiros x	Sig.

Técnicos/Aux		
Tempo CS	Médicos x Enfermeiros	NS
	Médicos x Técnicos/Aux	Sig.
	Enfermeiros x Técnicos/Aux	Sig.