Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: o
caso do município de São Paulo

Gislene Inoue Vieira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Serviços de Saúde
Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Maria Teixeira
Bicudo Pereira

São Paulo

2013

Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: o caso do município de São Paulo

(Versão Revisada)

Gislene Inoue Vieira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira

São Paulo

2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e irmão, com carinho e admiração.

AGRADECIMENTOS

Sempre escutei que a produção de um trabalho acadêmico é solitária, e realmente acredito que tal afirmação tenha embasamento, mas também entendo que ela não seja composta apenas desta parte, solitária, da análise, da escrita em si. Para mim, este produto final é fruto de muitas mãos e mentes, que de forma direta ou indireta contribuíram nesta caminhada.

Assim, agradeço a todas as pessoas do meu convívio, que contribuíram de alguma maneira e que posso, agora, de maneira simples e singela agradecer nesses próximos parágrafos.

À minha orientadora Profa. Dra. Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira, por acreditar em mim e oferecer auxílio e apoio nas diversas decisões tanto profissionais, quanto pessoais.

Aos membros da banca examinadora: Dra. Beatriz Mendes, Dra. Cilmara Cristina Alves da Costa Levy, Dr. Fernando Lefèvre, Dra. Helena Wada Akemi Watanabe, Dra. Maria Cecília Bevilacqua, e Dra. Maria Cecília Martinelli Iório. Meus sinceros agradecimentos pelas diferentes contribuições, desde o exame de qualificação.

Agradeço especialmente à Dra. Maria Cecília Bevilacqua, que mesmo em momentos difíceis ofereceu suporte e proporcionou a orientação necessária para o direcionamento do estudo. Meu agradecimento e admiração.

Aos amigos do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades e Municípios Saudáveis – CEPEDOC: Daniele Sacardo Nigro, Grace Peixoto Noronha, Juan Carlos Aneiros Fernandez, Lucia Márcia André, Márcia Faria Westphal e Neide Aparecida. Agradeço por permitirem que eu fizesse parte da pesquisa dentro do edital PPSUS, assim como pelo intenso processo de aprender a pesquisar e a trabalhar em um grupo de pesquisadores. Obrigada pelo imenso aprendizado que veio desse convívio.

Às professoras Dra. Ana Maria Cavalcanti Lefèvre Dra. Laura Camargo Macruz Feuerwerker e Dra. Maria Cecilia Focesi Pelicioni, por me apoiarem em tantos momentos. Obrigada por acolher e compartilhar conhecimentos.

À professora Dra. Norma Alicia del Río Lugo, por me receber na *Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-Xochimilco)* e proporcionar o encontro com diferentes profissionais, na Cidade do México, a fim de discutir a saúde auditiva além das fronteiras nacionais.

Aos profissionais Dr. Alfredo Tabith Junior, Dra. Beatriz Cavalcanti de Albuquerque Caiuby Novaes, Dra. Carmem, Dra. Marina Morettin, Dra. Patrícia Fernandes Rodrigues, Dr. Ricardo Ferreira Bento e Dr. Sergio Garbi, pela possibilidade de diálogo e por abrirem as portas de seus serviços a minha experiência.

Às colegas da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Cláudia Regina Taccolini Manzoni e Sandra Maria Vieira Tristão de Almeida, que disponibilizaram espaço para o diálogo e me ajudaram nas discussões.

Aos funcionários da FSP/USP, especialmente Cida, Livia, Sônia, Bianca e Edina, do Departamento de Prática em Saúde Pública. À Angela, Renilda, Marilena e Ulysses, da Comissão de Pós Graduação e ao funcionário do Comitê de Ética em Pesquisa, Matheus. Vocês fizeram da burocracia algo muito mais tranquilo.

À Phonak do Brasil e Argosy, especialmente as fonoaudiólogas da equipe de treinamento, Marilisa Zavagli, Sr. Pedro Stern e José Roberto, que apoiaram a minha decisão de retornar a área acadêmica e tornaram possível meus primeiros passos, desde o estágio no CAS.

Aos colegas da Clínica Alfa, Gisele Diniz, Dra. Liege Tanamati, Dra. Natália Lopes, Dr. Orozimbo Alves Costa Filho, e Dra. Tatiana Melo, pelo conhecimento compartilhado e carinho de sempre.

Aos colegas da GN ReSound, especialmente à Karina Souza, que nos últimos tempos têm compartilhado um pouco desse processo de reflexão e escrita. Obrigada a todos pela paciência e palavras de incentivo.

Aos amigos da UTI adulto e berçário do Hospital Municipal de Diadema. Meus agradecimentos pelo carinho e pela maneira que me acolheram e me incentivaram nesta etapa final do mestrado.

Aos colegas da pós-graduação da FSP-USP que compartilharam os melhores e piores momentos de aflição e inseguranças: Thiago, Flora, Juliana, Ieda, Marisa, Zoraia, Bruna, Sandra, Natália, Danuta, Sabrina, Ludmila, Miriam, Paula, Silvana, Rosario, Silvânia, Márcia e César.

Aos meus queridos amigos de todos os momentos: Raissa, Edilene, Carolina, Maria Claudia, Silvia, Thais, Valéria, Claudio Augusto, Karina, Alex, Bruno, Alessandra, Safire e Jens. Foram vocês que tornaram este caminho mais suave e possível, com certeza. Desculpem a minha ausência.

Ao Vitor, que chegou num momento tão conturbado. Obrigada por me apoiar, por me entender e por me fazer tão feliz.

Aos meus pais e irmão, pelo apoio e carinho eterno e aos meus primos queridos: Bianca, Anderson, Adriana, Sheila, Erika e respectivos companheiros. Obrigada primaiada!

A todos os profissionais que fizeram parte do escopo deste estudo, meu muito obrigado pelo tempo despendido e carinho com que me receberam.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São (FAPESP), pelo auxílio financeiro que permitiu a minha dedicação a este estudo e a divulgação de dados parciais em diferentes eventos, nacionais e internacionais.

Acima de tudo, agradeço a Deus por estar ao meu lado no dia a dia. Sem acreditar nele, não seria possível chegar até aqui.

“De tudo, ficaram três coisas: a certeza de que ele estava sempre começando, a certeza de que era preciso continuar e a certeza de que seria interrompido antes de terminar. Fazer da interrupção um caminho novo. Fazer da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sono uma ponte, da procura um encontro”.

Fernando Sabino

RESUMO

Vieira, GI. Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: o caso do município de São Paulo. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2013.

Introdução: A saúde auditiva é um tema de relevância pública, devido ao seu grau de importância relacionado à comunicação e consequente qualidade de vida. **Objetivo:** analisar a implementação das ações em saúde auditiva, particularmente da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), no município de São Paulo, identificando ações em Promoção da Saúde. Para tanto, pretende-se: identificar os principais documentos relacionados à saúde auditiva, desenhando sua trajetória; descrever a rede de atendimento no município, utilizando dados quantitativos e observação de espaços de negociação; investigar a representação da equipe de profissionais da área acerca do conceito de saúde auditiva e da implementação da Política Nacional em suas práticas diárias. **Metodologia:** pesquisa do tipo exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, na qual coletaram-se dados oriundos de documentos oficiais; dos sistemas de informação; da observação de fóruns regionais e; da entrevista com os profissionais que fazem parte da equipe de atenção à saúde auditiva, de três centros de alta complexidade do município. A análise das entrevistas baseou-se na metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). **Resultados e Discussão:** foi possível identificar três momentos históricos nas ações em saúde auditiva, com dois marcos, a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva e do atual “Plano Viver sem Limite”. Os dados quantitativos evidenciam um crescimento na concessão de aparelhos de amplificação sonora individual e implantes cocleares, bem como na realização de procedimentos, porém ainda aquém do esperado em relação ao acompanhamento e a terapia. Os discursos evidenciam uma tendência ao pensamento voltado ao modelo biomédico e identificam sucessos, dificuldades e elencam sugestões de modificações nos processos normativos, uma vez que a relação entre as normas e as práticas, majoritariamente mostrou-se ineficaz. **Conclusão:** o momento é de mudanças: o que já foi uma conquista, continua requerendo esforços e diálogo para concretizar-se de fato no dia a dia de todos os envolvidos, facilitando os processos e o acesso a uma vida mais saudável e justa.

Descritores: saúde auditiva; promoção da saúde; representação social; políticas públicas.

ABSTRACT

Vieira, GI. National Policy for Hearing Health Care: the case of São Paulo. [Master in Sciences]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2013.

Introduction: Hearing health is an issue of public importance, due to its impact on communication and therefore the quality of life for people. **Objective:** To assess the implementation of actions in hearing health, particularly the National Policy for Hearing Health Care (PNASA) in the city of São Paulo, identifying actions in Health Promotion. To achieve this goal we identify key documents related to hearing health, establishing its trajectory; Describe the network of hearing health care in the city, through quantitative data and observation of negotiation spaces; Investigate the representation of hearing health professionals about the concept of hearing health and the implementation of PNASA in their daily practices. **Methodology:** This is an exploratory, descriptive research with qualitative and quantitative approaches. Data were collected from official documents and from SUS's Information Systems; from the observation of regional meetings and, interviews with hearing health team members from three high complexity centers in the municipality of São Paulo. Data analysis was based on the methodology of Collective Subject Discourse (DSC). **Results and Discussion:** It was possible to identify three historical moments in the hearing health actions with two landmarks, the implementation of PNASA and the current "Plano Viver sem Limite" ("Living with no limits' plan"). Quantitative data show a general increase in accreditation of services, in concessions of hearing aids and cochlear implants, as well as in procedures; in relation to monitoring and therapy, growth is still insufficient. The DSCs shows a tendency to thoughts tuned with the biomedical model; it identifies successes and difficulties and makes suggestions for changes in the regulatory processes, since the relationship of standards to practices proved largely ineffective. **Conclusion:** It's time to change: what was once an achievement requires continued efforts and dialogue in order to really incorporate facilitating processes and access to a healthier and fair life to all involved's daily routine.

Keywords: hearing health; health promotion; social representation; public policies.

INDICE

APRESENTAÇÃO	20
1. INTRODUÇÃO	24
1.1. O PROCESSO SAÚDE - DOENÇA – CUIDADO.....	24
1.2. A PROMOÇÃO DA SAÚDE	26
1.3. CONTEXTO HISTÓRICO DA DEMANDA PARA A SAÚDE AUDITIVA.....	35
1.4. PROCESSO DE FORMAÇÃO, IMPLANTAÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO/ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	43
1.5. O PROBLEMA E A JUSTIFICATIVA.....	45
2. OBJETIVOS	49
2.1. OBJETIVO GERAL	49
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	49
3. MÉTODO	50
3.1. TIPO DE ESTUDO	50
3.2. O CENÁRIO DA PESQUISA.....	52
3.3. POPULAÇÃO DO ESTUDO	53
3.4. AS ETAPAS DA PESQUISA: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	55
3.5. ORGANIZAÇÃO E PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS	60
3.6. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	65
3.7. OCORRÊNCIAS RELATIVAS AO MÉTODO PREVISTO.....	66
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	68
4.1. DADOS SECUNDÁRIOS.....	68

4.1.1. Documentos	68
4.1.1.1. Período I – Anterior à instituição da PNASA	70
4.1.1.2. Período II – Implementação da PNASA.....	74
4.1.1.3. Período III – Posterior à revogação da PNASA	84
4.1.2. Banco de dados: saúde auditiva no Brasil e em São Paulo	93
4.2. DADOS PRIMÁRIOS	107
4.2.1. Observações dos Fóruns Regionais em Saúde Auditiva	108
4.2.2. Caderno de campo	116
4.2.3. Representação social dos profissionais	117
4.2.3.1. Perfil dos entrevistados	118
4.2.3.2. O entendimento da Saúde Auditiva	121
4.2.3.3. A relação das normas com as práticas na PNASA	130
4.2.3.4. Ancoragens	141
5. CONCLUSÕES.....	144
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	146
7. REFERÊNCIAS	147
ANEXOS.....	163
Anexo 1 – Roteiro de observação dos Fóruns Regionais.....	163
Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	164
Anexo 3 – Roteiro para realização das entrevistas	165
Anexo 4 - Entrevistas - Questionário semi-estruturado/gestor	166
Anexo 5 - Entrevistas - Questionário semi-estruturado/profissionais	167
Anexo 6 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-USP	168
Anexo 7 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP.....	169

Anexo 8 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP	170
Anexo 9 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da ISCMSP	171
Anexo 10 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP-EPM.....	172
Anexo 11 - Anexo IV da Portaria nº587 (Classificação dos aparelhos de amplificação sonora individual de acordo com os recursos tecnológicos).....	173
Anexo 12 – “Instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual” (Classificação dos aparelhos de amplificação sonora individual de acordo com os recursos tecnológicos).....	174
Anexo 13 - Observação dos Fóruns Regionais - Descritivo por Região.....	175
Anexo 14 - Folder informativo dos locais de atendimento em São Paulo, NIR e NISA, por CRS.....	181
Primeira página do curriculum lattes do pesquisador.....	182
Primeira página do curriculum lattes do orientador.....	183

Lista de Tabelas

Tabela 1: Quantitativo de pessoas que referiram dificuldades auditivas - no Brasil e no município de São Paulo.....	37
Tabela 2: Quantitativo de estabelecimentos habilitados por Região /UF.....	97
Tabela 3: Quantitativo anual de AASIS e ICs no Brasil.....	100
Tabela 4: Quantitativo anual de AASIs e ICs no município de SP.....	101
Tabela 5: Quantitativo anual de realização do Ganho de inserção e Ganho funcional no Brasil.....	102
Tabela 6: Quantitativo anual de realização do Ganho de inserção e Ganho funcional no município de SP.....	102
Tabela 7: Quantitativo da realização de terapia e acompanhamento no Brasil.....	104
Tabela 8: Quantitativo da realização de terapia e acompanhamento no município de SP.....	104
Tabela 9: Quantitativo da distribuição de AASIs por categoria, ao longo dos anos, no Brasil.....	106
Tabela 10: Quantitativo da distribuição de AASIs por categoria, ao longo dos anos, em São Paulo.....	106
Tabela 11: Distribuição das variáveis.....	119
Tabela 12: Distribuição do número e da proporção dos profissionais segundo os Centros participantes.....	121

Lista de Quadros

Quadro I – Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença.....	27
Quadro II: Concepções de saúde e as três vertentes da Promoção da Saúde.....	33
Quadro III: Etapas da pesquisa, com instrumentos, técnicas e ferramentas utilizadas.....	55
Quadro IV: Descritivo de documentos relativos ao I Período (1976-2002).....	70
Quadro V: Descritivo de documentos relativos ao II Período (2004-2011).....	74
Quadro VI: Descritivo de documentos relativos ao III Período (2011-2012).....	84
Quadro VII: Procedimentos selecionados para análise do presente estudo.....	95
Quadro VIII: Quantitativo de estabelecimentos habilitados no município de SP.....	98
Quadro IX: Descritivo dos estabelecimentos de Alta Complexidade habilitados no município de SP.....	99
Quadro X: Demonstrativo da distribuição dos fóruns regionais durante o período de observação.....	108
Quadro XI: Rede de atenção à saúde auditiva na cidade de São Paulo.....	109
Quadro XII: Distribuição das representações dos profissionais entrevistados sobre a saúde auditiva.....	122
Quadro XIII: Distribuição das representações dos profissionais entrevistados sobre a relação das normas com as práticas.....	131

Lista de Figuras

Figura 1: Município de São Paulo, divididos por CRS e STS.....	52
Figura 2: Fluxograma do método.....	65
Figura 3: Fluxo para atendimento do usuário com suspeita de deficiência auditiva sem diagnóstico.....	79
Figura 4: Fluxo para atendimento do usuário que já possuem diagnóstico e indicação médica para uso do aparelho, ou já são usuários e necessitam trocá-lo.....	79
Figura 5: Fluxo de intervenção oportuna.....	83
Figura 6: Ações em cada nível de atenção.....	87
Figura 7: Fluxo de atendimento as pessoas com deficiência.....	88
Figura 8: Fluxograma das Ações em Saúde Auditiva.....	91
Figura 9: Quantitativo de AASIs e ICs ao longo dos anos no Brasil.....	100
Figura 10: Quantitativo de AASIs e ICs ao longo dos anos em SP.....	101
Figura 11: Distribuição das porcentagens de ideias centrais (IdC) por categoria da questão sobre a saúde auditiva.....	122
Figura 12: Distribuição das porcentagens de ideias centrais (IdC) por categoria da questão sobre a relação das normas com as práticas.....	131

Lista de Abreviaturas e Siglas

AASI - Aparelho de amplificação sonora individual

ABA - Academia Brasileira de Audiologia

AC - Alta complexidade

AC - Ancoragem

AE - Ambulatórios de Especialidade

APAC - Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade

AVE(s) – Auxiliar(es) de Vida Escolar

BPA - Boletim de Produção Ambulatorial

CeAC - Centro Audição na Criança

CEFAI - Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão

CEMA - Centro Médico Aquino

CER - Centros Especializados de Reabilitação

CID - Código Internacional de Doenças

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade

CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COMUSA - Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASSEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

CPA-HRAC - Centro de Pesquisas Auditivas do Hospital de Reabilitação das Anomalias Craniofaciais

CRFa – Conselho Regional de Fonoaudiologia

CROSS - Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde

CRS - Coordenadorias Regionais de Saúde

DAI – Entrada direta de áudio

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DGITS/SCTIE – Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

DF – Distrito Federal

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

E-Ch - Expressão chave

EIA - Encontro Internacional de Audiologia

EMEES - Escolas Municipais de Educação Especial

EMEBS - Escola Municipal de Educação Bilíngue para Surdos

EOA - Emissões Otoacústicas Evocadas

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FM – Frequência modulada

FOB - Faculdade de Odontologia de Bauru

FSP-USP – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

HC-FMUSP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

ISCMSP - Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC(s) – Implante(s) Coclear(es)

IdC - Ideia Central

INAMPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LIBRAS - Língua Brasileira de Sinais

MAC - Média e Alta Complexidade

MCT - Ministério da Ciência e Tecnologia

MS – Ministério da Saúde

MS/GM – Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro

MS/SAS – Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NIR - Núcleo Integrado de Reabilitação

NISA - Núcleo Integrado de Saúde Auditiva

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OS - Organização Social

PA - Audiômetro Pediátrico

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PEATE - Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico

PNASA – Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva

PNH – Política Nacional de Humanização

PPI – Programação Pactuada Integrada da Assistência em Saúde

PS – Promoção da Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

PUC-DERDIC - Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

SBO – Sociedade Brasileira de Otologia

SDH – Sistema de Desenvolvimento Humano

SECADI - Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão

SIASUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SP – São Paulo

STS - Supervisões Técnicas de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TANU - Triagem Auditiva Neonatal Universal

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFD – Tratamento Fora do Domicílio

TI – Tecnologia da Informação

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UF – Unidade Federativa

UNIFESP/EPM - Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina

USP - Universidade de São Paulo

WHO - World Health Organization

APRESENTAÇÃO

Se acreditarmos que o resultado de um estudo é a junção da maneira de ver e pensar do pesquisador com o seu objeto de estudo, faz-se necessária uma apresentação prévia não só do material estudado, mas do autor. Assim, o leitor poderá conhecer melhor e entender de que local foi realizada a observação e, como e porque tais métodos e referenciais teóricos foram escolhidos para nortear e estruturar o estudo.

Sobre mim...

Nasci em julho de 1982, em São Paulo, cidade pela qual tenho uma verdadeira relação de “amor e ódio”, como dizem. Ódio, por deixar tantos estressados com seu clima oscilante, seu trânsito caótico, mas amor, por ser tão multicultural e, entre outras coisas, permitir meu avanço nos estudos.

Cresci e ainda moro na mesma casa, situada na zona norte da cidade. Além de ter sempre minha mãe por perto, pude usufruir do carinho de duas avós, que estavam todos os dias comigo e que há alguns anos infelizmente nos deixaram, pessoas que me ensinaram a importância e o valor do “cuidar”.

Acho que desde essa infância cheia de cuidados e carinhos, comecei a desenvolver meu fascínio pelo “cuidar”, pelo direito de sentir-se bem e feliz. Quando adolescente, desenvolvi ainda alguns trabalhos voluntários, sempre lidando com bebês, crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade.

Quando chegou então o momento de decidir uma profissão, fiquei em dúvida, como a maioria dos adolescentes, que tão precocemente sentem-se pressionados pelo vestibular a definir um caminho a seguir. Indecisa, li muito sobre todas as profissões, mas uma certeza eu tinha, que queria algo em que eu pudesse cuidar, que me proporcionasse a possibilidade de contribuir com a qualidade de vida das pessoas.

Após muito estudo, em 2001 finalmente comecei a minha formação acadêmica no campo da fonoaudiologia. Ingressei na UNIFESP/EPM, nossa amada Escola! Lá aprendi a gostar da Fonoaudiologia e a amar a Audiologia, pois no

desenrolar da minha pesquisa de iniciação científica, acompanhei diferentes pacientes na busca de uma melhor saúde auditiva, antes mesmo da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Porém, ainda queria saber como outras Instituições lidavam com as mesmas problemáticas que me confrontavam.

Assim, realizei uma especialização na FMUSP, em atenção primária em audiologia e aprimoramento em audiologia educacional, na DERDIC-PUC, lugares que ampliaram meu olhar e trouxeram uma nova maneira de pensar e agir. Complementar a isso, cursei uma especialização em Gestão de Recursos Humanos em saúde, na FSP-USP, e desde então não consegui mais me afastar do desejo de estudar mais a fundo a Saúde Pública no Brasil e as ações em saúde auditiva.

Concomitante à área acadêmica, realizei estágios e trabalhei em duas empresas no ramo de próteses auditivas. Ambas me auxiliaram na formação mais prática e me proporcionaram diferentes experiências profissionais, envolvendo a área clínica e de treinamentos. Trabalhar em empresas privadas, quando se tem uma formação muito assistencialista, é um desafio e um aprendizado constante. Nestes locais, também tive a oportunidade de acompanhar e ouvir pacientes oriundos de diferentes Instituições, que traziam suas próteses auditivas para uma revisão e manifestavam diferentes sentimentos em relação ao processo pelo qual passavam até chegar ali.

Há pouco mais de dois anos, porém, depois de algumas incertezas e questionamentos, decidi retomar o antigo sonho de me aprofundar na área acadêmica, na pesquisa em si, que sempre caminhou paralela à minha carreira, porém sempre em segundo plano. Dessa vez, a opção seria de inverter prioridades, de investir na formação de pesquisador em primeiro lugar e isso com certeza iria exigir uma dedicação maior da minha parte. Então, decidi trilhar um novo caminho e abraçar de vez a pesquisa e a saúde pública, na busca de solucionar inquietações e encontrar um novo direcionamento, acreditando que neste espaço encontraria outras desafiadoras perguntas e suscitaria novas respostas.

Assim, em 2011 ingressei no curso de mestrado da FSPUSP, com o apoio de grandes professores, Dr. Oswaldo Y. Tanaka e Dr. Paulo Fortes, os quais permitiram que eu realizasse uma disciplina como aluna especial, no ano anterior, que ampliou meu olhar e instigou ainda mais o desejo de estar nesta Instituição. Digo que eles

foram os grandes responsáveis por eu acreditar e tentar ingressar na pós graduação *strictu sensu*.

Foram então dois anos de dedicação à formação de pesquisador. Participei de todos os eventos possíveis, fui representante discente da pós-graduação, me envolvi no grupo de pesquisas do Projeto de Pesquisa para o SUS (PPSUS) juntamente com o CEPEDOC, em parceria com o COSEMS-SP e fiz parte do grupo de estudos na linha da promoção da saúde, supervisionado pela Profa. Dra. Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira, minha orientadora.

Dessas discussões emergiu então a minha mais nova paixão, a Promoção da Saúde, que após estudar mais a fundo, percebi que tinha grande relação com a maneira que penso e me relaciono com o processo saúde, doença e cuidado. Participar da *V Conferencia Latinoamericana y IV Conferencia Interamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud*, na Cidade do México, também exacerbou este sentimento.

Assim, para mim, terminar este estudo e apresentá-lo a vocês no formato de dissertação, é motivo de grande alegria, a qual espero que sintam e compartilhem por meio da leitura deste volume e dos artigos que pretendo escrever, divulgando um pouco dos caminhos trilhados pela saúde auditiva no Brasil.

Sobre a dissertação...

Este documento é fruto de dois anos de dedicação ao estudo da saúde auditiva, particularmente as ações realizadas no município de São Paulo e será apresentada em seis capítulos: introdução, objetivos, metodologia, análise e discussão dos resultados, conclusões e considerações finais.

Todo o processo de pesquisa foi desenvolvido com muito cuidado, respeitando os aspectos éticos e as limitações do estudo, visto que estudar uma política de saúde é também ter em mente que tudo é passível de mudanças e que nada é estanque e imutável. Tal fato fica confirmado com a revogação das portarias relacionadas à Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva durante a realização da pesquisa, que a princípio foi um grande susto, mas que no desenrolar do processo, mostrou-se inevitável.

A dissertação, no primeiro capítulo, dedica-se à contextualização do problema, da justificativa e dos fundamentos conceituais/teóricos do estudo, que exploram sobretudo o conceito de saúde com o pano de fundo da Promoção da Saúde e as políticas públicas de saúde, com ênfase na saúde auditiva.

Tal capítulo é sucedido pelos objetivos oriundos dos meus questionamentos e da metodologia empregada para atingi-los. Neste capítulo, discute-se o tipo de estudo, as etapas realizadas, as limitações e ocorrências relativas à pesquisa, bem como prevê um panorama do cenário de estudo e da seleção dos sujeitos envolvidos.

Posteriormente, apresentam-se os resultados e realiza-se concomitantemente a discussão destes, tendo em vista o que se obteve como produtos do uso de diferentes heurísticas.

A dissertação apresenta, ainda, breves conclusões e algumas considerações finais, de acordo com os achados, seguidas pelas referências bibliográficas e um conjunto de anexos que podem auxiliar no esclarecimento do processo de pesquisa.

Agora, resta desejar uma boa e agradável leitura!

A autora

1. INTRODUÇÃO

Este capítulo está estruturado de maneira a fornecer subsídios para a melhor compreensão do leitor sobre o referencial teórico adotado durante o desenvolvimento da pesquisa e os problemas que se pretende discutir ao longo da dissertação.

1.1. O PROCESSO SAÚDE - DOENÇA – CUIDADO

O entendimento de saúde, durante muito tempo, esteve relacionado à ausência de doenças, baseada na ciência médica ocidental, sendo as ações, então, voltadas principalmente à atenção médica curativa, contestadas por alguns, por seu caráter biologicista e reducionista.

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença”. Tal afirmativa provocou questionamentos sobre a saúde ser algo impossível e inatingível. Para alguns pesquisadores da saúde social, a definição de perfeito bem estar foi avançada para a ocasião, mas em décadas posteriores foi considerada irreal e ultrapassada (DONNANGELO, 1976).

De qualquer forma, a saúde passou a ser vista como algo além da ausência de doença, como o resultado das condições – objetivas e subjetivas – que propiciam uma vida digna. Isso significa que a produção da saúde da população depende do conjunto das políticas públicas, somadas às diversas iniciativas que convergem para luta pelo direito à saúde num país (BRASIL, 2007).

No Brasil, essa luta por melhores condições de saúde teve uma importante conquista com a Constituição de 1988, quando a saúde passou a ser reconhecida como: “um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A partir dessa definição do artigo 196 da Constituição Federal, destacou-se a inclusão como um componente da seguridade social, a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública.

Além disso, foram assumidos também os princípios da universalidade, da equidade e integralidade às ações de saúde. Nesse processo, o país teve, assim, uma política de saúde claramente definida constitucionalmente no sentido de política pública, como política social, implicando, portanto, mudanças substantivas para sua operacionalização nos campos político-jurídicos, político-institucional e técnico-operativo. Todavia, a sua regulamentação só foi estabelecida com as Leis 8.080 e 8.142, no final de 1990, nas quais se destacaram os princípios organizativos e operacionais do sistema, tais como a construção de um modelo de atenção fundamentado na epidemiologia, no controle social e num sistema descentralizado e regionalizado com base municipal (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Pensando no processo saúde-doença, nas últimas décadas têm ocorrido mudanças significativas quanto ao paradigma sanitário em função de novas formas de compreensão quanto à concepção deste processo e isso, consequentemente, repercute na prática sanitária a ser adotada e implementada (MENDES, 1999; SANTOS e WESTPHAL, 1999). De uma compreensão “negativa” quanto ao processo saúde-doença, focado na ocorrência de agravos, passou-se para uma visão “positiva”, utilizando uma compreensão mais abrangente do que é saúde.

Assim, o paradigma passou de flexneriano - biologicista e mecanicista, para o de produção social da saúde, com uma compreensão de que a saúde e o processo saúde-doença são determinados de forma múltipla e mediados pelo sistema social. Passa-se a valorizar uma prática sanitária baseada na vigilância da saúde em que a gestão organiza-se sem privilegiar uma área ou setor de governo, mas considera todas as áreas e setores, cujas ações podem repercutir e ter impacto na melhoria das condições de saúde (BOGUS, 2004).

A concepção de saúde como produto social, decorrente de fatores relacionados com a qualidade de vida, padrões adequados de alimentação e nutrição, habitação, saneamento e educação, embasa o paradigma da promoção da saúde. As ações a serem desenvolvidas, com o objetivo de produzir melhorias nas condições de vida e de saúde, estariam voltadas para a coletividade e para o ambiente, por meio de

políticas públicas favoráveis para o desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades. A partir dessa perspectiva coletiva há uma aproximação com o campo da implantação e implementação de políticas públicas saudáveis.

A elaboração de políticas públicas saudáveis é o primeiro dos cinco campos de atuação da promoção da saúde, definidos na Carta de Ottawa, produzida como resultado da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde em 1986. Os outros campos são: a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (CERQUEIRA, 1997 e WHO, 1986), os quais serão detalhados mais à frente.

Quanto ao cuidado, segundo Boff (1999), esta seria uma característica essencial do ser humano, pressupondo uma postura de convivência, interação e comunhão, sempre na perspectiva sujeito-sujeito. Os profissionais que desenvolvem ações de cuidado, encaram a saúde como um processo permanente de busca do equilíbrio dinâmico de todos os fatores que compõem a vida humana.

Sendo assim, as propostas de intervir por meio das linhas de cuidado, constituem-se em modelos matriciais de organização da atenção à saúde que visam à integralidade do cuidado e integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna e responsável dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica em todos os níveis de atenção, como também, uma visão global das condições de vida (BRASIL, 2006).

1.2. A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Para discorrer sobre a promoção da saúde - enquanto pano de fundo - é necessário uma breve contextualização, mesmo que simplificada, das ideais centrais que subsidiam esta temática e sua historicidade, para que a partir delas seja possível embasar as reflexões, no desenrolar deste estudo.

A história da Promoção da Saúde acompanha, de forma indissociável, as mudanças quanto ao entendimento do que seria a saúde, sendo que no século XIX, já era notável uma preocupação do movimento sanitário europeu relacionada à saúde de suas populações. Em 1840, Thomas McKeown estudando fatores causais de mortalidade da população inglesa, verificou que o desenvolvimento econômico e a nutrição adequada contribuíam para uma boa qualidade de vida (FERNANDES e MENDES, 2007).

Segundo esses autores, no início do século XX, na era bacteriológica, o movimento perdeu força para a prevenção pessoal e após a descoberta de fármacos, por volta de 1930, iniciou-se a era terapêutica, sendo que até princípios de 1970 as políticas públicas de saúde concentravam suas ações em grandes hospitais, com superespecialistas.

Ainda no século XX, uma visão contra-hegemônica apareceu nos estudos de Winslow, em 1920, e em 1946, com o médico canadense Henry Sigerist, que estabeleceu quatro tarefas essenciais à medicina - promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento dos doentes e reabilitação – sendo um dos primeiros autores a utilizar o termo Promoção da Saúde (TERRIS, 1996).

Na década de 1970, Leavell & Clark, relacionaram a Promoção da Saúde com ações do primeiro estágio da história natural da doença, caracterizando-a como um nível de atenção da medicina preventiva, conforme ilustrado no quadro abaixo:

Quadro I – Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença.

Promoção da Saúde	Proteção Específica	Diagnóstico e tratamento precoce	Limitação da invalidez	Reabilitação
Prevenção Primária		Prevenção Secundária		Prevenção Terciária

Fonte: LEAVELL & CLARK, 1965 In: CZERESNIA, 2003.

Neste período muitos países passaram por uma crise no setor saúde, devido aos custos elevados da medicina curativa, sem muitos resultados na qualidade de vida da população, assim, surgiram novas estratégias que resultaram na chamada “nova saúde pública” (SANTOS e WESTPHAL, 1990).

Assim, os países do primeiro mundo, buscando controlar os custos crescentes

com o emprego da alta tecnologia da medicina curativa e melhorar a qualidade de vida das pessoas, começam a visualizar novas concepções do processo saúde-enfermidade-cuidado, que procuravam articular quatro dimensões explicativas: a biologia humana, o estilo de vida, o ambiente e os serviços de saúde (LALONDE, 1996).

A partir dessa reconceitualização, surge no Canadá em 1974 um movimento que culminou com a divulgação do documento “*A new perspective on the health of Canadians*” - o conhecido Informe Lalonde - cujas repercussões influenciaram e nortearam as práticas de promoção de saúde ao longo da década de 1970. Tais práticas, em sua maioria, tiveram seu foco restrito à modificação de hábitos, estilos de vida e comportamentos individuais não saudáveis, entre os quais o fumo, a obesidade, a promiscuidade sexual e o abuso de substâncias psicoativas. A abordagem centrava-se na prevenção de doenças crônico-degenerativas, problema prioritário nos países desenvolvidos.

Ainda no Canadá, em 1986, ocorre a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que divulga a carta de intenção denominada “Carta de Ottawa”, a qual definiu a promoção à saúde como:

o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente [...] Assim, a promoção à saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Após esta primeira carta, o termo foi se enriquecendo, nas sucessivas conferências, principalmente em Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Bogotá (1992), Jakarta (1997) e México (2000), cujas propostas enfatizaram a ideia de cidades saudáveis, a possibilidade de formulação de políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando a melhoria da qualidade de vida (BUSS, 2000).

A Carta de Ottawa propôs ainda cinco campos centrais de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à

saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação do sistema de saúde (BUSS, 2000).

As **políticas públicas saudáveis** se materializam através de diversos mecanismos complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, entre outras, e por ações intersetoriais que direcionem para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. Esse conceito vem em oposição à orientação prévia à Conferência, que identificava a promoção da saúde principalmente com a correção do comportamento individual, como o principal responsável pela saúde.

A **criação de ambientes favoráveis à saúde** implica o reconhecimento da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência entre os variados setores. Passam a compor centralmente a agenda da saúde: a proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, assim como a conquista de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde.

O **incremento do poder técnico e político das comunidades** (*empowerment*) na consolidação de prioridades, na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar melhores condições de saúde, essenciais nas iniciativas de promoção da saúde. Isto leva ao acesso contínuo à informação e às oportunidades de aprendizado sobre as questões de saúde.

Para o **desenvolvimento de habilidades** e atitudes pessoais favoráveis à saúde, em todas as etapas da vida, é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve acontecer em todos os espaços, como em casa, na escola, no trabalho e em muitos outros locais. Diversas organizações devem se responsabilizar por tais ações. Esse componente da Carta de Ottawa resgata a dimensão da educação em saúde, embora aqui também opere a ideia de *empowerment*, ou seja, o processo de poder político por parte dos sujeitos e da comunidade.

A **reorientação dos serviços de saúde** na direção da concepção da promoção da saúde, além do provimento de serviços assistenciais. Fica claramente proposta a superação do modelo biomédico, centrado na assistência médica curativa desenvolvida nos estabelecimentos médico-assistenciais, como foco essencial da

intervenção. O resultado são transformações profundas na organização e financiamento dos sistemas e serviços de saúde, bem como nas práticas e na formação dos profissionais.

A OMS caracteriza como iniciativas de promoção de saúde os programas, as políticas e as atividades planejadas e executadas tendo como base os seguintes princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade (WHO, 1998).

A **concepção holística** indica que as iniciativas de promoção estejam direcionadas à saúde física, mental, social e espiritual (WHO, 1998) e pressupõe o entendimento ampliado de saúde estabelecida pela Organização. Subentendida a saúde como um fenômeno produzido socialmente, é plausível ultrapassar o campo específico da assistência médico-curativa. Este seria o principal campo de ação da promoção, na qual a concepção e o significado deveriam enfatizar mais a determinação social, econômica e ambiental, quando comparada à biológica ou mental da saúde.

Para operacionalizar a promoção, é necessária a cooperação entre os diferentes setores envolvidos e a articulação de suas ações: legislação, sistema tributário e medidas fiscais, educação, habitação, serviço social, cuidados primários em saúde, trabalho, alimentação, lazer, agricultura, transporte, planejamento urbano etc. Neste aspecto, é importante ressaltar que a responsabilidade do governo, tanto em nível local como nacional, de agir de forma a garantir que as condições totais, que estão além dos indivíduos ou grupos, sejam favoráveis à saúde (WHO, 1984).

A **intersetorialidade**, de acordo com Junqueira (1997), é compreendida como “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento social e à inclusão social” (JUNQUEIRA apud JUNQUEIRA, 1998, p.84).

O **empoderamento** e a participação social são evidenciados como princípios chave, sendo a efetiva e concreta participação social estabelecida como finalidade essencial da promoção de saúde (WHO, 1984).

A **participação** é entendida como o envolvimento dos atores diretamente interessados – membros da comunidade e organizações afins, formuladores de

políticas, profissionais da saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais – no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas (WHO, 1998).

A disseminação da informação e a educação são bases para a tomada de decisão e componentes importantes da promoção de saúde, preocupação que está ligada ao princípio de empoderamento, entendido como processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde (WHO, 1998). Segundo Labonte (1996) o termo refere-se ao processo de transformação da sensação de impotência, internalizada pelos indivíduos perante as iniquidades de poder.

Ressalta-se ainda que ao implementar políticas de promoção de saúde, os princípios de empoderamento e participação não devem ser separados. A própria OMS (WHO, 1984) reconhece que garantir o acesso à informação e ampliar o conhecimento em saúde sem aumentar a capacidade de controle e perspectivas de mudança apenas contribuem para gerar ansiedade e fomentar a sensação de impotência. É fundamental, portanto, vencer as barreiras que limitam o exercício da democracia e desenvolver sistemas flexíveis que reforcem a participação social e a cidadania, como preconizado pelas Conferências Internacionais realizadas. Como afirmado na Carta de Ottawa, a promoção tem como objetivo garantir o acesso universal à saúde e está alinhada com o princípio de justiça social.

Para alcançar a **equidade**, segundo a OMS, é preciso reorientar os serviços sanitários, visando ampliar o acesso, e criar ambientes de suporte, com políticas que viabilizem condições de vida favoráveis à saúde (WHO, 1984), priorizem “grupos desprivilegiados e vulneráveis” (BRASIL, 2001), e revertam as desigualdades sociais instaladas.

As **ações multi-estratégicas** pressupõem o envolvimento de diferentes disciplinas e dizem respeito à combinação de métodos e abordagens variadas, incluindo desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação.

Por fim, a **sustentabilidade** traz um duplo significado: criar iniciativas que estejam de acordo com o princípio do desenvolvimento sustentável e garantir um processo duradouro e forte (ZIGLIO *et al.*, 2000). A noção de sustentabilidade

implica uma necessária interpelação entre justiça social, qualidade de vida, equilíbrio ambiental e a necessidade de desenvolvimento com capacidade de suporte. Mas, também, se associa a uma premissa da garantia de sustentação econômico financeira e institucional.

As diferentes iniciativas de Promoção da Saúde foram ainda analisadas e classificadas por Naido & Wills (1994) em cinco grupos, de acordo com as conceituações subjacentes às iniciativas estudadas:

(1) **biomédica** – cuja definição de saúde é a ausência de doenças, com o trabalho centrado na cura, tratamento e prevenção de doenças específicas;

(2) **comportamentais** – envolve a transformação dos comportamentos dos indivíduos, voltados aos estilos de vida, limitadas a fatores passíveis de controle pelos indivíduos;

(3) **educacionais** – focando no estilo de vida, porém na perspectiva do empoderamento individual ou da auto-ajuda, não sendo considerados como centrais para as mudanças os aspectos estruturais e as relações de poder;

(4) **empoderamento coletivo** – relacionadas ao desenvolvimento comunitário baseado na participação de todos os envolvidos em uma situação problema;

(5) **para a transformação social** – focadas na construção participativa de políticas públicas saudáveis, seguindo o princípio da equidade, orienta para a mudança das relações de poder e para as ações sobre os determinantes sociais da saúde.

Estas iniciativas consideram a Promoção da Saúde como um processo participativo de produção social da saúde, que ocorre no contexto do desenvolvimento econômico e social das instituições, das cidades, das regiões, dos países, objetivando a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida das pessoas, mediante políticas públicas equitativas e intersetoriais (WHESTPHAL, 2008).

Esta autora ainda sistematiza as vertentes da Promoção da Saúde, em três correntes, com os conceitos de saúde que as orientam, assim como os tipos de práticas dominantes em cada uma delas: biomédica, comportamental e sócio-ambiental.

Quadro II: Concepções de saúde e as três vertentes da Promoção da Saúde.

	BIOMÉDICA	COMPORTAMENTAL	SÓCIO-AMBIENTAL
Conceito de saúde	Ausência de doenças e incapacidades	Capacidades físico-funcionais, bem estares físico e mental dos indivíduos	Estado positivo, bem estar biopsicosocial realização de aspirações e atendimento de necessidades
Determinantes de saúde	Condições biológicas e fisiológicas específicas das doenças	Biológicas, comportamentais, estilos de vida saudáveis	Condições de risco biológicas, psicológicas, socioeconômicas, educacionais, culturais, políticas e ambientais
Principais estratégias	Vacinas, análises clínicas, terapias, drogas, cirurgias	Mudança de comportamento para adoção de estilos de vida saudáveis	Empoderamento da população, coalização para advocacia e ação política, desenvolvimento de habilidades reorientação de serviços
Desenvolvimento de programas	Gerenciamento profissional	Gerenciamento pelos indivíduos, comunidades de profissionais	Gerenciados pela comunidade em diálogo crítico com profissionais e agências

Fonte: Baseado em WHESTPHAL, 2008, p. 646.

Os conceitos apresentados, no Quadro II, sugerem que a prevenção das doenças estaria mais vinculada a uma visão biologicista e comportamentalista do processo saúde-doença e a Promoção da Saúde, vinculada a uma visão holística e socioambiental do mesmo processo, colocando-se como uma prática emancipatória e um imperativo ético (WESTPHAL, 2000; AKERMAN *et al*, 2004).

Segundo Cerqueira (1997), a promoção de saúde engloba duas dimensões: a conceitual – princípios, premissas e conceitos que ratificam o discurso da promoção de saúde - e a metodológica – que está relacionada às práticas, planos de ação, estratégias, maneiras de intervenção e instrumental metodológico.

Restrepo (2001) destaca ainda algumas ideias centrais que fundamentam o entendimento de Promoção da Saúde (PS):

- A promoção se nutre de diversas disciplinas e cria uma inovadora teoria e prática da saúde pública que cumpre com objetivos e metas sociais, como conseguir que comunidades e indivíduos atuem mais “salutogenicamente”, alcançando maior bem estar com equidade social.
- A união dos esforços de todos os atores sociais e produtivos para produzir mais saúde, não implica em desconhecimento das responsabilidades da pessoa em seu nível individual para com sua saúde e a dos demais, porém prima pelo trabalho com as comunidades frente a novos modelos e cenários de ação.
- A discussão sobre as bases conceituais e os argumentos contrários são úteis e necessários para a construção teórica e prática da PS.
- A Promoção da Saúde não se opõe à melhoria dos serviços de saúde para atenção aos riscos e enfermidades, porém ressalta a necessidade de reorientá-los para que cumpram um melhor papel na melhoria da saúde coletiva.

As considerações sobre a Promoção da Saúde das quais se discorreu aqui, baseadas inclusive na Carta de Ottawa, adotam o conceito de saúde numa concepção positiva, holística, multi-determinada, processual e ligada a direitos básicos do cidadão. Sabe-se, entretanto, que no momento atual, o conceito hegemônico ainda é o da saúde como ausência de doenças, uma mercadoria, um bem comercializável, em oposição à concepção de saúde como direito.

As profundas transformações econômicas, sociais e políticas decorrentes do processo de globalização que ganhou força a partir da segunda metade do século XX, afetam todos os países em desenvolvimento ou desenvolvidos e se constitui no ápice do processo de internacionalização do mundo capitalista.

Nesse campo da competitividade, a acumulação de riqueza sem distribuição equitativa de benefícios sociais, exacerba a competição e os conflitos. Uma consequência imediata do modelo de desenvolvimento adotado é a desigualdade que impacta sobre saúde e consequente qualidade de vida da população.

Assim, como reação ao modelo biomédico e hospitalocêntrico, o Sistema Único de Saúde (SUS) se institucionalizou com a Constituição de 1988, pois o modelo até então empregado não estava mais dando conta dos problemas decorrentes da transição epidemiológica e demográfica que se iniciava. Entretanto,

coerentemente com os valores da globalização, o sistema vem reforçando a abordagem individual, engessando a epidemiologia, que na origem, constituiu-se como área estruturante da saúde coletiva (WESTPHAL, 2008).

A prática sanitária atual, portanto, é configurada e direcionada pelo paradigma hegemônico, que valoriza a doença e o consumo dos meios de diagnóstico e tratamento e, pelo contexto já descrito, marcado pelo processo de globalização. Apesar dos progressos em relação às políticas e ações na economia, no Brasil, contraditoriamente permanecem, grandes desigualdades sociais. E, embora a Promoção da Saúde esteja explicitada na Lei Orgânica Nacional de Saúde com respaldo nas conferências de saúde, as ações não têm sido implementadas a contento.

Assim, o campo da Promoção da Saúde tem sido descrito como um novo e promissor paradigma na saúde, dada a amplitude de suas abordagens teórico-metodológicas, configurando sua complexidade e suas principais bases conceituais, a saber: a ênfase na integralidade do cuidado e na prevenção de agravos à saúde; o compromisso social com a qualidade de vida; e a adoção da participação como planejamento e avaliação dos processos. Com tais bases, a Promoção da Saúde dá suporte à reorganização do trabalho em saúde, para que este se constitua como uma forma de resposta social organizada aos problemas e necessidades de saúde de uma população (CHIESA *et al*, 2009).

1.3. CONTEXTO HISTÓRICO DA DEMANDA PARA A SAÚDE AUDITIVA

No nosso país, são de responsabilidade basicamente do sistema público de saúde, o SUS, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com ações assistenciais integradas a atividades no campo da prevenção. A saúde auditiva insere-se nesse contexto por possuir características que asseguram a qualidade de vida, através de estratégias promotoras de saúde, que visam, entre outras coisas, a inclusão das pessoas com deficiência auditiva, por meio do aprimoramento das habilidades pessoais e de maior autonomia e empoderamento oriundas, neste caso, da melhora nos processos comunicativos.

A deficiência auditiva integra um grupo amplo de deficiências, com expressões distintas e especificidades, que se reúnem, entretanto, na categoria de “pessoa com deficiência”, as quais possuem particularidades e diversidades que necessitam ser compreendidas pela sociedade, na perspectiva de assegurar o pleno exercício da cidadania e a inserção social dessa parcela da população.

Para viabilizar a inclusão social, o Brasil está dentre os países que possuem instrumentos legais de proteção aos direitos das pessoas com deficiência, a exemplo da Constituição Federal, das Leis Orgânicas da Saúde e da Assistência Social e da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2007a).

O conceito de deficiência, por sua vez, vem se construindo a partir dos resultados das conquistas sociais, evolui desde a concepção de “inválidos” até o termo atual: “pessoa com deficiência” (BAHIA, 2005). Na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, elas foram consideradas como “(...) aquelas que têm impedimento em longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, as quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2007b).

Em relação aos dados epidemiológicos, estimou-se, ainda, que cerca de 10% da população de qualquer país em tempo de paz apresenta algum tipo de deficiência, das quais: 5% apresentam deficiência mental; 2% física; 1,5% auditiva; 0,5% visual; e 1% múltiplas deficiências (WHO, 2000).

Buscando conhecer melhor o quantitativo de pessoas com deficiência, a OMS, em 2004, realizou um inquérito em 59 países. Os dados encontrados apontaram que, no total dos países pesquisados, a prevalência de deficiência na população com 18 anos ou mais, foi de 15,6%, algo em torno de 650 milhões de pessoas num total populacional estimado em 4,2 bilhões. A prevalência foi de 11,8%, entre os países com alta renda, e de 18% entre aqueles com renda classificada como baixa (WHO, 2010).

Quanto à deficiência auditiva, segundo estudos do *Global Burden of Disease* de 2005, publicados no *World Health Report* da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006), estima-se que 278 milhões de indivíduos no mundo apresentam algum tipo de deficiência auditiva de moderada à profunda em ambas as orelhas.

Deste grupo, 80% moram em países em desenvolvimento e, cerca de metade das perdas auditivas observadas poderiam ser evitadas com ações em prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado (MATHERS *et al*, 2001).

No último Censo Demográfico, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, foram investigadas as deficiências visual, auditiva, motora e mental auto referidas, por meio de um questionário. Para as três primeiras, foram verificados também, os graus de severidade, sendo: alguma dificuldade, grande dificuldade e não consegue de modo algum. As pessoas agrupadas na categoria deficiência severa foram as que declararam, para um tipo ou mais de deficiência, as opções “grande dificuldade” ou “não consegue de modo algum”.

Por meio desse Censo, identificou-se que 23,9% das pessoas declararam possuir pelo menos uma das deficiências, 18,5% declararam dificuldades visuais, 5,1% auditiva, 7% motora e 1,40% mental. O total de pessoas que referiram possuir pelo menos uma deficiência severa foi de 12.777.207, representando 6,7% da população total (IBGE, 2010).

Para ilustrar, fazendo um paralelo entre os dados apresentados a nível nacional e no município de São Paulo, em relação à severidade da dificuldade auditiva, especificamente, obtêm-se a seguinte distribuição:

Tabela 1: Quantitativo de pessoas que referiram dificuldades auditivas - no Brasil e no município de São Paulo.

Tipo de deficiência permanente	Brasil	São Paulo/SP
Deficiência auditiva - não consegue de modo algum	344.206	30.202
Deficiência auditiva - grande dificuldade	1.798.967	90.458
Deficiência auditiva - alguma dificuldade	7.574.145	396.003
TOTAL	9.717.318	516.663

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010).¹

Vale ressaltar, que esses dados possuem um alto grau de subjetividade, visto que é fruto de um Censo, realizado com um questionário no qual a pessoa deve

¹ Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2000cpg.asp?o=15&i=P>

autoreferir ser portadora de uma dificuldade. Porém, esses são os dados mais atuais em caráter nacional. Outros estudos de base populacionais podem ser referenciados e servir de parâmetros, como o desenvolvido em 2003 no município de Canoas/RS (BÉRIA *et al* 2007), que encontrou em 26,1% da população do estudo algum grau de perda auditiva, sendo que 19,3% deles possuíam perda auditiva de grau leve e, 6,8% perda auditiva incapacitante (5,4% de grau moderado, 1,2% severo e 0,2% profundo).

Ainda segundo esses autores, o resultado é compatível com os estudos da OMS realizados em outros países em desenvolvimento, onde a média geral de prevalência para perdas auditivas incapacitantes é de 7%.

Bevilacqua *et al* (2006) realizaram um segundo estudo em Monte Negro, RO, e notaram que 16,5% da população apresentavam algum grau de perda auditiva, 11,7% de grau leve, e 4,8% perda auditiva incapacitante (cerca de 3,7% de grau moderado e o restante severo).

Recentemente, outro estudo de base populacional realizado em Itajaí, Santa Catarina, com uma amostra de 379 indivíduos, indicou que 74,1% dos residentes apresentavam audição dentro dos parâmetros de normalidade, 18,9% possuíam perda auditiva leve, 5,1% moderada e 1,9% severa. A prevalência de deficiência auditiva incapacitante foi de 7%, sendo a mais significativa na faixa etária acima dos 50 anos - cuja principal causa foi a presbiacusia (GONDIM *et al*, 2012).

É dado que a epidemiologia da deficiência auditiva pode variar de forma ampla diante dos fatores geográficos e econômicos, e nesse sentido, a prevalência desta deficiência é menor em países cuja população tenha um padrão de vida mais alto e acesso a um sistema de saúde bem desenvolvido (RUSSO, 2009).

Por essa razão, sugere-se que estudos de abrangência nacional, analisando a deficiência auditiva, devam ser realizados, para que cada abordagem seja contextualizada frente às questões socioeconômicas locais, e desta forma, ações de saúde e assistência possam ser adequadas às diferentes regiões do país (ARAKAWA *et al*, 2011).

Em relação à perda auditiva na infância, estima-se que o problema atinge de 3 a 5 crianças em cada 1.000 nascidas. Esse quadro se agrava quando o recém-nascido apresenta complicações neonatais e precisa de internação em Unidade de

Terapia Intensiva, onde 2 a 4 em cada 100 crianças apresentam algum déficit auditivo, evidenciando a necessidade da triagem auditiva no nível básico de atenção (SBO, 2008). Percebe-se então, que a deficiência auditiva pode ser considerada um grave problema de saúde pública, por sua incidência e consequências da privação sensorial no desenvolvimento infantil (OMS, 2005).

Ainda, a falta de acompanhamento das pessoas com alguma deficiência auditiva, traz grandes repercussões para as mesmas e para a sociedade. O uso não efetivo de aparelhos de amplificação sonora individuais (AASIs), implantes cocleares (ICs), tecnologia assistiva - por exemplo os sistemas de Frequência Modulada (FM) - e/ou outros recursos disponíveis, que auxiliam a minimizar a dificuldade em comunicar-se, paralelo ao atendimento terapêutico insuficiente, comprometem a integração e a inclusão social em todos os âmbitos.

Dentro deste contexto, a preocupação com as pessoas com deficiência auditiva, deveria ir além da ausência do acompanhamento dos indivíduos protetizados e/ou implantados, pois ainda há uma dificuldade no acesso à reabilitação auditiva, à inclusão social, e há falta de integração da rede de cuidados em saúde auditiva.

Além disto, não se deve admitir que as políticas públicas prevejam o diagnóstico sem o devido acompanhamento ou reabilitação adequados – pois isso fere os princípios determinados pela Constituição Brasileira, da universalidade, integralidade e equidade, que implicam em um alto investimento em recursos, sem retornos à sociedade.

Assim, dada à importância do sentido da audição e das estratégias de promoção da saúde, o SUS vem tentando estabelecer Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva, as quais seriam compostas pelas ações de Saúde Auditiva na Atenção Básica e nos serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média e Alta Complexidade (CRFa, 2007).

O SUS comporta um amplo conjunto de serviços e ações de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas nas três esferas de governo; federal, estadual e municipal, das autarquias e por um elevado número de prestadores privados que assumem serviços através de contratos ou convênios. Para que esse amplo conjunto de serviços possam operar numa perspectiva sistêmica, é necessário

que estejam efetivamente articulados. Neste sentido, o Ministério da Saúde (MS) vem promovendo um movimento de institucionalização de políticas e muito se tem avançado no que se refere à publicação de portarias, normatizando e estruturando “redes” que há muito careciam de atenção (FABRICIO, 2010).

Também não se pode esquecer que a saúde auditiva ainda é realizada no setor privado, na rede de atendimento suplementar, porém neste segmento, a garantia de acesso a próteses e/ou implantes, bem como ao seguimento/acompanhamento e reabilitação, depende muito dos recursos financeiros que o usuário possui e, qual o acordo firmado por meio de contratos com os planos de saúde.

No SUS, o atendimento a pessoa com deficiência auditiva foi incorporado, de maneira explícita, por volta do início da década de 1990, com a portaria MS/SAS nº 126, de 17 de setembro de 1993, sobre o implante coclear. A partir daí novas publicações referentes a esse recurso foram promulgadas, tais como: a MS/SAS nº 211, de 12 de novembro de 1996 e a MS/GM nº 1.278, de 21 de outubro de 1999, porém, embora todas fossem de extrema importância para o acesso a um possível tratamento, essas não garantiam a integralidade dos procedimentos necessários à atenção e aos cuidados plenos à saúde auditiva.

Em 2000 o MS publicou a portaria nº 432, não mais em vigor, que instituiu o Programa de Saúde Auditiva. Mesmo sendo um grande marco para a saúde auditiva, a portaria também não garantia à atenção integral à pessoa com deficiência. O programa previa o credenciamento de serviços para “distribuição” de aparelhos auditivos, sem garantir o processo de adaptação e a continuidade do acompanhamento dos pacientes (BRASIL, 2000a).

Assim, em 2004, após sentir a necessidade de rever a efetividade dos procedimentos de concessão de AASIs em nível nacional, instituiu-se a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, por meio da portaria GM/MS nº 2.073, de 28 de setembro de 2004. Essa Política, aparentemente, permitiu um grande avanço no aprimoramento das ações em saúde auditiva, na medida em que propôs a organização de uma rede hierarquizada, regionalizada e integrada na Atenção Básica e na Média e Alta Complexidade. Desta maneira, pretendia-se garantir a reabilitação auditiva como um todo, contemplando não só o diagnóstico e adaptação de AASIs, mas

também a promoção e a proteção da saúde, bem como a terapia fonoaudiológica, tanto de adultos quanto de crianças (BRASIL, 2004a).

Para tanto, duas portarias ligadas à Secretaria de Atenção à Saúde normatizaram a política: a nº 587, de 07 de outubro de 2004, e a nº 589, de 08 de outubro do mesmo ano, as quais tratavam da organização das redes estaduais de serviços de atenção à saúde auditiva. Esses dois documentos previam a descentralização do atendimento, com a presença de serviços em todos os Estados.

Após a instituição dessa política nacional, os Estados passaram a ser responsáveis por sua incorporação às ações de saúde, tendo como instrumento o Plano Estadual de Saúde. No caso da saúde auditiva, este plano tem como objetivo explicitar o problema da deficiência auditiva, buscando definir as prioridades para a proposição de medidas e ações concretas, a fim de facilitar o acesso equitativo dos usuários aos serviços, estruturados em uma rede de cuidados, dentro dos níveis de complexidade.

A proposta da política era, através do SUS, atuar efetivamente na melhoria da qualidade de vida das pessoas com dificuldades auditivas, além de definir um programa estruturado de forma articulada entre as três esferas de atenção à saúde, federal, estadual e municipal. As diretrizes que o Ministério da Saúde estabeleceu para tal programa foram:

- Desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;
- Organizar uma linha de cuidados integrais que perpassasse todos os níveis de atenção e atendimento;
- Identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias e situações de risco que levam à deficiência auditiva e desenvolver ações transeitoriais;
- Definir critérios técnicos para o funcionamento e a avaliação dos serviços que realizam reabilitação auditiva;
- Promover a ampla cobertura no atendimento aos pacientes com deficiência auditiva;

- Desenvolver projetos estratégicos de estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade e incorporação tecnológica;
- Desenvolver processos e métodos de coleta de dados que visem a disseminação de informações e aprimoramento da gestão;
- Promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais;
- Qualificar a assistência e promover a educação continuada dos profissionais de saúde envolvidos com a PNAS (BRASIL, 2004b).

A consolidação desta política, desde sua formulação, deu-se num processo dinâmico e contínuo de construção. A implantação das diretrizes apontadas implicou na descentralização das ações assistenciais, articulação entre as esferas e no envolvimento da sociedade organizada e segmentos políticos de defesa dos direitos das pessoas com deficiência auditiva, buscando garantir os princípios e diretrizes da atenção à saúde.

Mais recentemente, por meio do Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, o governo lançou o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, que por meio de ações estratégicas em quatro eixos temáticos - educação, saúde, inclusão social e acessibilidade - têm o objetivo de “promover a cidadania e o fortalecimento da participação da pessoa com deficiência na sociedade, promovendo sua autonomia, eliminando barreiras e permitindo o acesso e o usufruto, em bases iguais, aos bens e serviços disponíveis a toda a população” (BRASIL, 2011b).

Este plano modifica a maneira de pensar e agir, revogando então a PNAS por meio das portarias nº 793 e nº 835, de 24 e 25 de abril de 2012, respectivamente. A primeira portaria institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS e a segunda estabeleceu incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS (BRASIL, 2012d; BRASIL, 2012b).

Assim, as questões colocadas acima apresentam-se como grandes desafios aos governantes, às entidades não-governamentais, ao setor privado e também acadêmico, e a todos aqueles responsáveis pela formulação de políticas e programas ligados às pessoas com deficiência.

1.4. PROCESSO DE FORMAÇÃO, IMPLANTAÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO/ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A assistência à saúde e a reabilitação clínica são condições importantes para a inclusão social da pessoa com alguma dificuldade auditiva. Desta forma, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade de vida desses cidadãos, o MS vem investindo em legislação que os ampare. Concomitante a isto, as práticas em audiologia evoluem, por meio de descobertas sobre os mecanismos da audição, inovações tecnológicas e implementação, em todos os setores, de políticas públicas.

Entende-se por política pública, os processos através dos quais os vários níveis do governo e a sociedade organizada transformam seus propósitos em programas, projetos e ações (SOUZA, 2006). A autora ainda resumiu política pública como:

O campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (p. 26).

Milio citado por Nutbeam e Harris (2005) propôs uma estrutura conceitual através da qual podemos desenvolver uma maior apreciação de quão bem são desenvolvidas as políticas públicas para melhorar a saúde. O desenvolvimento de políticas é visto como a passagem por estágios distintos de início, adoção, implementação, avaliação e reformulação. Estes estágios são parte de um processo contínuo social e político que não é estritamente linear. O desenvolvimento de políticas públicas é visto como um processo dinâmico e não simplesmente a produção de uma declaração política.

Para este autor, ainda existem quatro atores principais que são cruciais no desenvolvimento das políticas de saúde pública: os formuladores, os influenciadores, o público e a mídia. Uma série de determinantes chave também podem influenciar o desenvolvimento das políticas, tais como: o contexto social econômico e político; a

identificação dos partidos com maior influência no desenvolvimento das políticas, o reconhecimento dos interesses daqueles que desejam influenciar no desenvolvimento das políticas e da capacidade daqueles que desejam desenvolver ou influenciar a política para colocar em prática estratégias que serão sucesso na representação de seus interesses.

A fim de compreender o processo através do qual a política é desenvolvida, é importante reconhecer as principais partes envolvidas, seus interesses e percepções do problema e suas possíveis soluções, bem como entender possíveis áreas de conflito de interesses.

Após a formação e implantação de uma política, temos a fase da implementação, que representa um processo pelo qual as decisões acomodam-se à realidade, ajustam-se ao campo de aplicação, inscrevem-se nas rotinas dos agentes que atuam para a concretização da política. Implementar consiste em aplicar um programa de ação sobre um problema. Existem perturbações e modificações entre os objetivos perseguidos e as ações efetivas. O papel dos gestores e o desenho institucional da política tornam-se críticos nessa fase. Em função dos atores envolvidos (o público-alvo do programa e os agentes que implementam a política), dos instrumentos estabelecidos e do grau de centralização dos processos, à distância entre os objetivos pretendidos e as ações efetivas podem ser mais ou menos importantes (FLEXOR *et al*, 2006).

O processo de implementação desenvolve-se através da constituição de atores governamentais e não governamentais que, com ideias, recursos e ações próprias, vão constituir a política (VIANA, 1996). Portanto, a análise do processo e o estudo da dinâmica das ações dos atores envolvidos têm como objetivo identificar obstáculos e elementos facilitadores, assim como o grau de adesão e resistência dos agentes à política proposta (PEREZ, 1999).

O hábito de avaliar por meio de métodos e técnicas científicas tornou-se frequente após a II Guerra Mundial, nos países centrais do capitalismo, acompanhando os maciços investimentos em políticas públicas de bem estar social. A avaliação passou a fazer parte da pauta de investimentos teóricos e práticos, ao lado das premissas sociais, visando à maior eficiência na aplicação de recursos e à

efetividade nas ações (MINAYO, 2010). Como um instrumento do planejamento e gestão, a avaliação dá suporte à tomada de decisão (TANAKA, 2001).

A avaliação, como técnica e estratégia investigativa, é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa. Um processo de avaliação de programas e projetos sociais geralmente tem, como sentido mais nobre, fortalecer o movimento de transformação da sociedade em prol da cidadania e dos direitos humanos.

Na abordagem de Silva e Brandão (2003), a relevância é dada ao sentido construcionista e de parceria do processo. Os autores enfatizam a elaboração, negociação, uso de critérios explícitos, processos de aprendizagem, desenvolvimento de pessoas e de organizações.

Segundo Arretche (1998), a análise de políticas públicas busca realizar o exame da engenharia institucional e dos traços constitutivos de um programa, que podem ser formulados e implementados de diversas maneiras. Visa reconstruir suas características de forma a apreendê-las em um todo coerente e compreensível, dando sentido e entendimento às ambiguidades, incoerências e incertezas presentes em todos os momentos e estágios da ação política. Aproxima-se da avaliação de processos à medida que permite identificar os fatores facilitadores e os obstáculos que operam ao longo da implementação, sem preocupar-se diretamente com os resultados. Ainda que possa atribuir a um determinado desenho institucional alguns resultados prováveis, não almeja atribuir uma relação de causalidade entre o programa e um resultado.

1.5. O PROBLEMA E A JUSTIFICATIVA

De acordo com o embasamento anterior, acredita-se que o tema é de relevância científica e de extrema importância para a saúde pública brasileira. Ao se pensar na possibilidade desse estudo refletir sobre o alcance das políticas públicas relacionadas à saúde auditiva, o desenho baseou-se em Baptista e Mattos (2011) quando se referem a um entendimento construído historicamente no Ocidente, segundo o qual: “as políticas públicas passaram a ser reduzidas a um processo político racional, gerido pelos “representantes do Estado” (governantes a cada

tempo), que atendem a determinados critérios e normas de conduta supostamente pactuados socialmente (p.61)”.

Segundo esses autores, “não é suficiente tratar os processos políticos apenas no que é aparente ou formalmente estabelecido; é preciso romper com uma visão normativa e descritiva das políticas e trazer o que há de vida na sua construção” (Ibidem, p. 63). Esse entendimento estimulou que se fizesse o mesmo em relação ao presente estudo, procurando aprofundar a compreensão sobre os conteúdos e as formas de gerir as ações para a atenção à saúde auditiva.

Sabe-se que “é na prática política cotidiana das instituições e das relações sociais que se pode reconhecer elementos do nosso modo de constituir as políticas de Estado” (Ibidem, p. 65).

Tomando como referência o Sistema Único de Saúde, eles dizem que:

Podemos explicar claramente o que é o SUS a partir do conjunto de leis e normativas que o definem, mas isto não é suficiente para entender como o SUS tem se apresentado na prática, isto porque há um conflito entre o que se enuncia e o que se faz. [...] Nesse sentido, talvez seja importante reconhecer como tem se sustentado esta política e que argumentos são utilizados para mantê-la na prática. Reconhecer tal aspecto é um primeiro movimento para se analisar conteúdos e enunciados de política [...] (Ibidem, p. 77-8).

Assim, este estudo, corroborando com os autores supracitados, defende a ideia de que é necessário trazer à discussão os conceitos, processos e questões que, apesar de invisíveis no “texto formal”, aparecem nas diferentes realidades do cotidiano. Portanto, justifica o entendimento das práticas para além da normatividade, buscando elementos da dinâmica que sejam capazes de indicar possíveis caminhos de aprimoramento e/ou aprofundamento de questões que favoreçam o desenvolvimento da atenção à saúde auditiva.

A escolha do município de São Paulo justificou-se pela sua grandiosidade em números, sendo esta a cidade mais populosa do Brasil, com importantes Centros de atendimento credenciados em saúde auditiva e pela conveniência da autora. Durante os estudos e, sobretudo devido à prática profissional da pesquisadora, observou-se que, mesmo com condições favoráveis, o município ainda apresenta alguns problemas evidenciados no relato de usuários e profissionais do sistema de

saúde, dificuldades que vão além do previsto no momento da formulação das ações políticas.

Como as políticas públicas, na Saúde Pública, têm por base o modelo biomédico, ao se assumir a necessidade de tomar a saúde de forma mais ampla e adotar uma postura diferente da tradicionalmente concebida, considerou-se que a reflexão sobre políticas públicas para as pessoas com deficiência auditiva, à luz da promoção da saúde, poderia contribuir para este cenário.

A escolha da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) se deve ao fato de até o momento do desenho da pesquisa estar vigente, e permaneceu como foco da pesquisa por sua significativa contribuição na luta pela saúde auditiva, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Outra justificativa é que a PNASA foi implementada no final de 2004 e há poucos relatos na literatura sobre suas ações.

Encontram-se alguns estudos ligados à área de satisfação e capacitação de agentes de saúde, que utilizam muitas vezes questionários como instrumento de pesquisa ou estudos quantitativos acerca da distribuição da rede de serviços (AMARAL, 2009; ARMIGLIATO *et al*, 2010; FREITAS e COSTA, 2007; MANZONI e ALMEIDA, 2010; MELO e ALVARENGA, 2009; MELO, 2008; MORETTIN, 2008; TEIXEIRA, 2007; TEIXEIRA *et al*, 2008; VEIGA, 2005).

Silva *et al* (2012) identificam que em 2005 surgiram as primeiras publicações relacionadas a saúde auditiva no Brasil, sendo que com o passar dos anos, principalmente nos últimos, o número de publicações cresceu gradativamente. Dividindo as publicações em três eixos temáticos (usuários, profissionais e serviço), entre 2000 e 2010, neste estudo eles perceberam maior número de artigos relacionados ao eixo temático “usuários” (62%). O tema avaliação, com enfoque na satisfação do usuário, foi o mais abordado, seguido pelos temas gestão e capacitação de profissionais, que também foram recorrentes.

Quanto a contribuições no âmbito internacional, há algumas limitações relacionadas aos estudos de maneira comparativa, tendo em vista que o formato das ações em saúde auditiva, no Brasil, difere de maneira significativa dos outros países. No nosso país, todo o processo de avaliação e reabilitação auditiva é gratuito, enquanto que em outros países, sistemas de reembolso, descontos e subsídios parciais

são as formas mais utilizadas, por exemplo, na aquisição dos AASI oferecidos pelos governos (BARTO *et al*, 2001; MADRIZ, 2001).

Assim, todo o desenho do estudo foi idealizado buscando responder, entre outras coisas, as seguintes indagações: “Como e de que maneira é interpretado o conceito de saúde auditiva, pelos profissionais que atuam nos Centros de Alta Complexidade, do município de São Paulo? Há relação deste conceito, deste entendimento, com a aplicação das políticas nas práticas diárias, na sua interpretação? Houve dificuldades e/ou êxitos na implementação da PNASa? Como as normas interferem ou não nas ações? As normas facilitam ou dificultam? Há sugestões de mudanças?”

2. OBJETIVOS

Neste capítulo apresentam-se os objetivos que nortearam todos os momentos da pesquisa e que estiveram no foco das ações.

2.1. OBJETIVO GERAL

- Analisar a implementação das ações em saúde auditiva, tendo por base a PNAS, no município de São Paulo, identificando ações em Promoção da Saúde.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os principais documentos relacionados à saúde auditiva, desenhando sua trajetória;
- Descrever a rede de atendimento à saúde auditiva no município, por meio de dados quantitativos e observação de espaços de negociação;
- Investigar a representação da equipe de profissionais da área de saúde auditiva, acerca do conceito de saúde auditiva e, da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva em suas práticas diárias.

3. MÉTODO

Este capítulo pretende situar e contextualizar a pesquisa, apresentando o caminho de investigação adotado, justificando as escolhas tanto do campo, quanto do método e técnicas de investigação adotadas. Este capítulo apresenta ainda a descrição do método de tratamento dos dados e análise dos resultados.

3.1. TIPO DE ESTUDO

Para responder as indagações da autora e às questões de fundo deste estudo, optou-se pela pesquisa do tipo exploratória, descritiva, de abordagem qualiquantitativa.

Como descreve Minayo (2010), a pesquisa qualitativa possui modo e instrumental próprios de abordagem da realidade, podendo ser importante para compreender os valores culturais e as representações de um determinado grupo a respeito de temas específicos, sobre as relações que se dão entre atores sociais e, também, para a avaliação realizada por usuários das políticas públicas e sociais existentes. Além disso, segundo a autora, através da abordagem qualitativa pode-se incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, às estruturas sociais.

Fernandez e Sacardo (2008 p.59) referem-se à pesquisa de caráter qualitativo como sendo “(...) uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito”, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um mundo indissociável entre o objetivo e a subjetividade dos atores. “(...) desta forma, o pesquisador procura captar a realidade dinâmica e complexa do seu objeto de estudo no seu contexto histórico. Nesse tipo de pesquisa, todos os fenômenos são igualmente importantes e preciosos: a constância das manifestações e sua ocasionalidade, a frequência e a interrupção, a fala e o silêncio.”

Seguindo esta linha, Lefèvre *et al* (2000), apontam que o significado e a intencionalidade, que ocupam posições centrais nas pesquisas que utilizam

metodologia qualitativa, aparecem de maneira “muito mais clara e naturalmente nos discursos, sejam eles frutos de depoimentos coletados em entrevistas, ou estejam eles presentes em artigos de jornais, revistas, etc”.

Outros autores como Bardin (1988), Minayo (2010) e Triviños (1987), além de Lefèvre *et al* (2000), consideram que a matéria-prima para a pesquisa qualitativa é a linguagem, pois é por meio dela que é possível compreender o modo de pensar de um indivíduo ou de um grupo sobre determinado assunto. Os dados em pesquisa qualitativa não são coisas isoladas, acontecimentos fixos, captados em um instante de observação, eles se dão em um contexto fluente de relações (CHIZZOTTI, 1991).

Ainda, dentro da pesquisa qualitativa, pode-se destacar os estudos de caso, os quais de acordo com Yin (2001) são apropriados quando se procura analisar as proposições teóricas que fundamentam políticas ou intervenções na realidade; ou quando o caso é revelador, quando o mesmo permite o acesso a informações não facilmente disponíveis; ou quando se pretendem reunir, numa interpretação unificada, diversos aspectos de um objeto pesquisado.

Os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. É útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança. Assemelha-se à focalização sobre um experimento que se busca compreender por meio de entrevistas, observações, uso de banco de dados e documentos (MINAYO, 2010).

Neste estudo, foi utilizada a abordagem qualiquantitativa das representações sociais dos profissionais da equipe de saúde auditiva, entendendo que “o processo de qualificação do objeto (os pensamentos ou opiniões coletivas) se dá ao mesmo tempo que o processo de quantificação deste mesmo objeto” (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005). Conforme estes mesmos autores “qualificar um objeto, em uma pesquisa empírica, consiste em descrever este objeto em seus elementos constitutivos; já quantificar significa atribuir peso e importância a um objeto descrito”.

Desta forma, a abordagem qualiquantitativa possibilita que os fenômenos sejam apreendidos de forma integrada, viabilizando tanto o aprofundamento no significado do comportamento individual e grupal, quanto à quantificação do mesmo.

3.2. O CENÁRIO DA PESQUISA

O município de São Paulo possui 1.521.101 Km² de área territorial e população estimada pelo IBGE-2010 em 11.253.503, com densidade demográfica de 7.387,69 hab/km² e está sob administração de gestão plena. Segundo Almeida (2012) a cidade de SP é dividida em regiões administrativas, sendo cinco Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) - regiões Norte, Centro-Oeste, Sudeste, Leste e Sul – e cada uma delas, por sua vez, é novamente dividida em 25 Supervisões Técnicas de Saúde (STS) (Figura 1).

Figura 1: Município de São Paulo, divididos por CRS e STS.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Cidades @. ²

Para entender melhor o território e a rede que compõe a atenção à saúde auditiva no município, foi consultado o DATASUS³ e apresentados os dados analisados na seção destinada à análise dos resultados e discussão.

Após identificado os principais equipamentos de saúde que compunham a rede de atendimento à saúde auditiva, no município de SP, foram elencados para

² Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=355030>

³ Disponível em: www.datasus.gov.br

compor esta pesquisa, os quatro Centros classificados como de Alta Complexidade. Um Centro de Média Complexidade, também foi escolhido apenas para realização do pré-teste de um dos instrumento de pesquisa, o questionário dos profissionais/gestores dos serviços.

Basicamente, a diferenciação entre as ações de Média e Alta Complexidade na saúde auditiva ocorre em dois aspectos: características da população atendida (como idade e número de comprometimentos associados) e tipo de procedimento realizado.

3.3. POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foram tomadas medidas para preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos, bem como o anonimato das informações, ficando a identificação completa da entrevista restrita aos Termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), que foram assinados e uma cópia, assinada pela pesquisadora, também ficou em poder do entrevistado.

Com base no mapeamento realizado, foi identificado o perfil dos Centros considerados - até a data de início da pesquisa - como de Alta Complexidade, no município de São Paulo e dos profissionais que faziam parte de suas equipes. A eleição destes Centros se deu por oferecem serviços que atendem pacientes de todas as idades, inclusive crianças abaixo de três anos e casos mais complexos, que necessitam de equipes multidisciplinares pelo número de comprometimentos associados (deficiência auditiva, visual e neurológica, entre outras dificuldades). Estes serviços credenciados pelo MS podem também atender pacientes que requerem serviços de baixa e média complexidade, pois são compostos por equipes técnicas especializadas em saúde auditiva.

O requisito para o credenciamento de um serviço de Alta Complexidade é possuir uma equipe multiprofissional composta minimamente por dois otorrinolaringologistas, um neurologista ou neuropediatra, um pediatra, seis fonoaudiólogos, um assistente social e um psicólogo (BRASIL, 2004c). Desta forma, estes profissionais, cadastrados como membros das equipes, eram os potenciais entrevistados. Porém, durante o primeiro encontro com as coordenadoras de cada

Centro elegido, constatou-se que os profissionais cadastrados na listagem, como membros da equipe mínima, nem sempre estavam ali, diretamente implicados nos atendimentos ou supervisão.

Assim, o critério de elegibilidade seguiu uma nova lógica, de indicação pelo gestor de uma lista com o nome, contato e carga horária cumprida, a fim de selecionar aqueles que atendiam aos seguintes critérios:

- Ser um profissional envolvido com o programa de saúde auditiva de um Centro de Alta Complexidade;
- Exercer as funções atuais há no mínimo um ano;
- No caso do fonoaudiólogo, permanecer no mínimo 20 horas na assistência.

Por fim, chegou-se a uma listagem composta por 52 sujeitos, entre otorrinolaringologistas, neurologistas ou neuropediatras, fonoaudiólogos, assistente social, psicólogo e pedagogo, que realizavam suas atividades em um dos três Centros de Alta Complexidade, emblemáticos do município de SP, que compuseram a amostra. Lembrando que no município de SP temos quatro Centros classificados para atender esse nível de complexidade, porém um deles foi excluído da pesquisa.

A diversificação dos sujeitos, em relação as atividades exercidas, era esperada e desejada, pois pretendia-se obter a representatividade do grupo, da equipe de cada Centro e deles dentro do contexto do município. Esses critérios não seguiram nenhum padrão quantitativo, ou de cálculo estatístico de amostragem, uma vez que para obter a representatividade, o número de sujeitos é ilimitado.

Assim, dentre os 52 convidados, compuseram a amostra final 47 deles, sendo que por diferentes motivos (recusa, afastamento da Instituição, doença, período de férias ou aposentadoria) cinco deles não puderam participar das entrevistas.

3.4. AS ETAPAS DA PESQUISA: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

As técnicas e instrumentos foram escolhidos de acordo com os objetivos e as questões de fundo que norteavam a pesquisa. Destaca-se duas etapas principais na realização do campo, como descrito no quadro abaixo:

Quadro III: Etapas da pesquisa, com instrumentos, técnicas e ferramentas utilizadas.

Etapas da pesquisa	Técnicas	Fontes/Instrumentos/Ferramentas
Etapas da pesquisa Dados secundários	Pesquisa Bibliográfica Pesquisa Documental Pesquisa em Sistema de Informações	Base de dados – Scielo e Lilacs Base de dados - BVS legislação Sites relacionados à saúde auditiva Sites do Ministério e Secretaria de Saúde Site do município de SP DATASUS Sistema de dados do município de SP <i>Microsoft Office Excel 2007</i>
Etapas da pesquisa Dados primários	Observações Entrevistas semi estruturadas	Roteiro de observação Roteiro de entrevista semiestruturada <i>Express Scribe</i> <i>Software Qualiquantisoft</i> Caderno de campo

A primeira etapa objetivava uma aproximação com o objeto de pesquisa e fundamentou-se basicamente no levantamento bibliográfico, o qual está no centro de qualquer investigação científica, ocupando lugar de destaque ao situar o problema a ser investigado, oferecendo meios para definir e resolver problemas já conhecidos, como também explora novas áreas onde os problemas não se cristalizaram. Neste sentido, “a pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras” (LAKATOS e MARCONI, 2008, p.185).

A etapa seguinte foi uma pesquisa documental, complementar ao levantamento na literatura, que, ainda de acordo com os autores citados acima, seria a fonte de dados restrita a documentos, geralmente escritos, que se constituem em fontes primárias, ou seja, dados compilados na ocasião da pesquisa pelo pesquisador

ou em fontes secundárias, obtidos de livros, revistas, jornais, publicações avulsas e teses, cuja autoria é conhecida.

Gil (2010) acredita que a pesquisa documental consiste na exploração das fontes documentais de primeira mão, que não receberam qualquer tratamento analítico. A análise desses documentos permite a compreensão do contexto econômico, político e cultural em que se insere o problema estudado e o seu dimensionamento (SOUZA e ZIONE, 2003).

Nesta pesquisa, utilizou-se a análise de documentos oficiais divulgados nos principais endereços eletrônicos relacionados à área e na base de dados/legislação, utilizando as palavras chave: “auditiva”, “audição” e “deficiência auditiva”. Os sites consultados e os seus respectivos endereços eletrônicos foram:

- Biblioteca Virtual em Saúde:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/legislacao/pessoadev.php>
- Portal da Saúde/MS:
http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM
- Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência:
<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/>
- Prefeitura de São Paulo: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>
- Academia Brasileira de Audiologia: <http://www.audiologiabrasil.org.br/portal/>
- Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia: <http://www.sbfa.org.br/portal/>
- Conselho Federal de Fonoaudiologia: <http://www.fonoaudiologia.org.br/>
- Conselho Regional de Fonoaudiologia/SP: <http://www.fonosp.org.br/>
- Saúde Auditiva: <http://www.saudeauditivabrasil.org.br/>

Após a consulta em cada endereço eletrônico, uma planilha no programa *Microsoft Office Excel 2007* era alimentada com os principais dados de cada documento, assim como cada um deles tinha seu detalhamento salvo, para posterior análise do conteúdo na íntegra. Ressalta-se ainda que após a leitura de um documento, o próprio texto inicial identificava outros mais, nos quais se baseava.

Além da análise documental referente à PNASA, para a obtenção dos dados quantitativos relacionados à rede de atenção à saúde auditiva no município de São Paulo, foi realizada uma consulta ao DATASUS, com auxílio de uma profissional

preparada para realizar tal busca, seguindo os moldes do artigo elaborado por Bevilacqua *et al* (2011b).

Vale ressaltar que o DATASUS passou a integrar a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, conforme Decreto nº 7.530 de 21 de julho de 2011, que trata da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde. O DATASUS foi desenvolvido pensando-se na democratização da saúde e aprimoramento de sua gestão a partir de algo fundamental, o acesso à informação (BRASIL, 2011a).

Através do acesso ao DATASUS é possível levantar informações sobre todos os procedimentos ambulatoriais realizados no país, por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), como parte das políticas de acessibilidade universal do sistema de saúde público brasileiro, estendida também para os dados administrativos.

Segundo esclarecimentos da Secretaria de Saúde do Município de SP (2011), o SIA/SUS é responsável pela captação e processamento das contas ambulatoriais do SUS. Sua base de dados é gerada pelo registro do atendimento ambulatorial e do custeio dos procedimentos realizados pelos estabelecimentos de saúde (públicos e privados) prestadores de serviço à rede do SUS.

Seu documento básico é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), cujo preenchimento está sob responsabilidade das unidades ambulatoriais. O processamento é descentralizado nas esferas estadual ou municipal, conforme o nível de gestão, para consecutivo envio ao Departamento de Informática do SUS. Esse boletim contém os números de atendimentos realizados por tipo de procedimento e, dependendo deste, por grupo populacional, fornecendo indicadores operacionais ou dados individualizados em relação aos procedimentos de alta complexidade e alto custo, o SIA/SUS tem como documento básico a Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade (APAC), cujas informações são individualizadas (BRASIL, 2010).

Desta forma, esta etapa buscou realizar o levantamento quantitativo dos procedimentos relacionados à adaptação de próteses auditivas, implantes cocleares e

procedimentos clínicos, incluídos na “Tabela SUS”, referentes aos dados dos serviços de saúde auditiva do país e do município de São Paulo⁴.

Porém, como nem sempre somente dados dos sistemas de informação e documentos são suficientes para entender a dinâmica de uma realidade complexa, optou-se por realizar também a coleta de dados primários, observando os fóruns regionais de saúde auditiva e entrevistando diferentes atores sociais envolvidos no processo.

As observações sistemáticas, também chamadas planejada, estruturada e controlada, segundo Spinola (2005, p. 926) “é a que se realiza em condições controladas, para responder a propósitos que foram pré definidos. Ela requer planejamento e necessita de operações específicas para o seu desenvolvimento, mostrando com precisão como deve ser feita, quais dados registrar e como registrá-los”.

Lakatos e Marconi (2008) esclarecem que a observação é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos a serem estudados. De acordo com as autoras, “a observação ajuda o pesquisador a identificar e a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento (...) É o ponto de partida da investigação social” (p.193).

As observações foram realizadas pela própria pesquisadora, seguindo um roteiro previamente elaborado (Anexo 1). As datas de realização dos fóruns foram informadas por uma das coordenadoras da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e pelos diferentes coordenadores dos serviços, que também foram sujeitos desta pesquisa. Durante as observações, foram realizadas as anotações, porém, em nenhum momento a observadora interferia nas discussões, somente se solicitada, sendo seu papel de observador não participante.

O objetivo implícito na realização das observações dos fóruns regionais era verificar qual o papel deste espaço dentro do contexto das ações. Pretendia-se

⁴ Os códigos foram extraídos da tabela unificada no site do SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

também verificar quais os sujeitos implicados e qual o poder de resolução das discussões.

Concomitante às observações dos fóruns, foram realizadas entrevistas com profissionais que compõem a equipe de saúde auditiva das três instituições participantes. De acordo com Lüdke e André (1986) e Triviños (1987), a entrevista é uma das principais técnicas de trabalho das ciências sociais e representa um dos instrumentos básicos de coleta de dados da abordagem qualitativa, a qual permite o aprofundamento de aspectos relevantes sobre o objeto de estudo que não estão acessíveis ao pesquisador.

A entrevista, para Lakatos e Marconi (2008) é uma das melhores formas de explorar mais amplamente uma questão. Em uma pesquisa qualitativa, as pessoas entrevistadas não são escolhidas em função de critérios probabilísticos, pois não é uma amostra representativa no sentido estatístico. A sua representatividade se dá pelo fato de que as pessoas escolhidas detêm uma representação, uma imagem e um juízo da cultura à qual pertencem.

As entrevistas foram previamente agendadas com cada participante, seguindo a seguinte lógica de contato:

- Primeiro contato: Via e-mail, para todo o grupo, com os endereços de destinatário ocultos. Uma listagem com os contatos dos possíveis sujeitos foi fornecida pela coordenadora do serviço, permitindo assim o convite formal para participação na pesquisa. Esse primeiro contato foi realizado via email, o qual continha os dados de identificação da pesquisadora, bem como do estudo, o TCLE em anexo e a solicitação de retorno, caso houvesse a possibilidade e desejo em participar (Anexo 2).
- Segundo contato: Via e-mail, individual. Caso após uma semana, não houvesse retorno, um novo email era então enviado, individualmente, reforçando o convite e a importância da participação.
- Terceiro contato: Via ligação telefônica ou pessoalmente. Após mais uma semana, caso não houvesse retorno, esta era a última tentativa de contato, sendo considerado desistente aquele que não se manifestasse.

Todas as entrevistas foram agendadas para realização no próprio local de trabalho dos sujeitos, durante o período comercial, com a autorização prévia da chefia imediata. As coordenadoras de cada Centro também foram entrevistadas e a única questão discursiva que diferenciava dos demais se relacionava à descrição do percurso do serviço.

Assim, foram utilizados dois roteiros de entrevista semi-estruturado, um direcionado ao coordenador do serviço e outro para os demais membros da equipe de saúde auditiva. Através do questionário obteve-se dados de identificação (Instituição; nome; data de nascimento; profissão; tempo na função; carga horária; outro trabalho) e basicamente dois temas para discussão (Anexo 3,4,5).

Inicialmente o entrevistado era estimulado a falar sobre sua trajetória profissional e seu papel na Instituição, em seguida a questão apresentada buscava obter a representação social dos profissionais sobre o que seria saúde auditiva, com base em suas experiências.

Para verificar como os profissionais interpretam a política/normas e como esta interfere ou não em suas práticas, a terceira pergunta buscava relacionar as normas com as vivências. Pretendia-se buscar nos relatos a presença ou não de dificuldades e êxitos na implementação da política, bem como se as normas interferiam ou não nas ações, dificultando ou facilitando os processos. Aqui também esperava-se emergir algum tipo de sugestão para a adaptação das normas.

Por fim, era disponibilizado um espaço para que os profissionais falassem algo além do que foi proposto e até mesmo retomar algum assunto que emergiu durante a entrevista e que sentia necessidade de abordar novamente.

O questionário do coordenador continha uma questão a mais, que buscou entender seu olhar sobre o serviço e deste dentro da rede de atendimento.

3.5. ORGANIZAÇÃO E PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos documentos e dados dos sistemas de informação tiveram um caráter mais exploratório, fornecendo um mapeamento da rede e da situação atual da

atenção à saúde auditiva no município. Nesta primeira etapa, de coleta de dados secundários, foi realizada a leitura de todos os documentos pertinentes e dados de literatura encontrados, os quais foram ordenados em uma planilha no programa *Microsoft Office Excel 2007*. Ainda nesta etapa, os dados obtidos através do DATASUS permitiram visualizar o atual panorama da saúde auditiva.

Já a operacionalização da análise dos dados primários se deu em três fases, seguindo a sugestão de Minayo (2010):

1. Ordenação dos dados – esta etapa inclui: transcrição das gravações, releitura do material, organização dos relatos em determinada ordem, organização dos dados de observação;
2. Classificação dos dados – partindo-se da leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade;
3. Análise final - elaboração do relatório para referir à comunicação dos dados da pesquisa.

Nesta segunda etapa, de coleta de dados primários, o foco foram as observações, entrevistas e possíveis anotações de um caderno de campo, sendo necessário à validação do roteiro de entrevista por meio de um pré-teste em sujeitos semelhantes, porém integrantes de um Centro de Média Complexidade, também localizados no município de São Paulo.

Segundo Gil (2010), depois de redigido um questionário e antes de aplicá-lo definitivamente, este deverá passar por uma prova preliminar, geralmente designada como pré-teste, cuja finalidade é evidenciar possíveis falhas na redação do questionário, tais como: complexidade das questões, imprecisão na redação, desnecessidade das questões, constrangimento ao informante, exaustão, entre outros.

Nesta pesquisa, a realização do pré-teste pretendia além de verificar possíveis falhas, servir de referência para a média de duração de uma entrevista e, para o pesquisador se familiarizar com o instrumento, sua forma de coleta e análise de dados, uma vez que ele foi o único a entrevistar os sujeitos.

O pré-teste foi aplicado quatro meses antes do início das entrevistas e indicou a necessidade de pequenos reajustes nos instrumentos. Quatro sujeitos formaram essa amostra inicial (uma fonoaudióloga, uma coordenadora, uma

psicóloga e uma educadora em saúde) e seus discursos foram transcritos e analisados seguindo os passos metodológicos propostos.

O período de realização das entrevistas prolongou-se por seis meses (de julho à dezembro de 2012), devido basicamente a imprevistos em relação a: dificuldades de disponibilidade na agenda dos profissionais, os quais foram entrevistados individualmente em dia, local e horário conveniente a eles e burocracias referentes a autorizações para coleta de dados nas diferentes instituições.

Os discursos foram gravados utilizando um equipamento digital que juntamente com o *Express Scribe Transcription Software – free version*, um programa que possibilita aumentar/diminuir a velocidade e volume de qualquer arquivo sonoro, facilitou o processo de transcrição dos discursos⁵.

Para a análise das entrevistas foi utilizada a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) associado ao *Software Qualiquantisoft*, o qual vem sendo desenvolvido na Universidade de São Paulo (USP), desde o final da década de 1990, para as pesquisas de opinião, de representação social ou, mais genericamente, de atribuição social de sentido, que tem como material de base depoimentos ou outros suportes de material verbal como matérias de revistas, jornais, etc. (LEFÈVRE, 2005).

Esse método permite um significativo ganho de qualidade nessas pesquisas, já que os resultados podem ser generalizados e aparecem, numa escala coletiva, como uma opinião que naturalmente se apresenta, isto é, como depoimentos sob a forma de discurso.

Para a organização dos dados coletados, o DSC propõe três figuras metodológicas, a ideia central, a expressão chave e as ancoragens, que analisadas direcionam para o discurso do sujeito coletivo propriamente dito, constituído das duas primeiras, sendo um produto delas (LEFÈVRE *et al*, 2000).

As ideias centrais (IdC) são as afirmações que permitem traduzir o essencial do conteúdo discursivo (LEFÈVRE *et al*, 2000). A ideia central é o nome ou expressão linguística que descreve de maneira sintética e fidedigna o sentido de cada

⁵ Disponível em: <http://express-scribe.softonic.com.br/>.

um dos discursos e de cada conjunto homogêneo de expressões chave (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003).

As expressões chave (E-Ch) são partes literais dos depoimentos que permitem resgatar o essencial do conteúdo discursivo (LEFÈVRE *et al*, 2000). Em geral respondem as questões da pesquisa. São trechos que revelam a essência do depoimento (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003).

As ancoragens (ACs) são fórmulas sintéticas que descrevem as ideologias, os valores e as crenças presentes nas respostas individuais ou agrupadas, sob a forma de afirmações genéricas enquadrando situações específicas (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005).

Para elaborar o DSC, os discursos passam por um trabalho analítico, que consiste na seleção das principais ideias centrais de cada depoimento individual e depois em todos eles reunidos (LEFÈVRE *et al*, 2000). É um discurso redigido na primeira pessoa do singular, composto por expressões chave que possuem a mesma ideia central (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003).

O DSC é um método essencialmente qualiquantitativo, uma vez que, em todos os momentos da pesquisa, do começo ao fim, fica preservada a natureza essencialmente discursiva e qualitativa da opinião ou representação e, inseparável dela, a dimensão quantitativa, associada à representatividade e generalização dos resultados.

Na técnica do DSC, a utilização da redação na primeira pessoa do singular, pretende produzir no receptor o efeito de uma opinião coletiva, expressando-se diretamente, como fato empírico, pela “boca” de um único sujeito de discurso. Isso é sociologicamente possível na medida em que se entendem as formações sociais, em conformidade com a “Teoria das Representações Sociais”, como entidades compostas por representações sociais sob a forma de discursos coletivos que os indivíduos internalizam e vivenciam como seus.

O DSC como técnica de pesquisa empírica, que tem como objeto o pensamento de coletividades, permite iluminar o campo social pesquisado, resgatando nele o universo das diferenças e semelhanças entre as visões dos atores sociais ou sujeitos coletivos que o habitam. Em suma, o DSC, visa à identificação e descrição de representações sociais presentes em uma dada formação sociocultural,

sobre um determinado tema que se pesquisa, procura recuperar o semelhante e o diverso próprio das Representações Sociais.

Segundo Moscovici (2009), entende-se por Representações Sociais as expressões e interpretações do corpo social sobre determinado assunto ou conteúdo aceito, difundido e certificado pela sociedade. Ela emerge da contribuição de cada indivíduo que, por sua vez, apreende e estabelece um comportamento a partir dessas representações. A história e a antropologia permitem considerar as representações como entidades sociais de vida própria, que se comunicam entre si e que surgem praticamente como objetos materiais, uma vez que são o resultado de nossas ações e comunicações. Desta forma, as representações passam a fazer parte do vocabulário e da interpretação do indivíduo com base em sua bagagem sociocultural.

Interações sociais, como diálogos do cotidiano, formam continuamente “universos consensuais”, segundo Alves-Mazzotti (2008), de forma que novas representações são produzidas dinamicamente, passando de opiniões individuais a verdadeiras “teorias do senso comum, construções esquemáticas que visam dar conta da complexidade do objeto”, facilitando a comunicação e orientação de condutas de uma sociedade.

Por fim, os relatos dos sujeitos, analisados então por esta técnica, foram confrontados com a análise documental e literária realizada inicialmente, bem como com as observações dos fóruns regionais e caderno de campo.

Para facilitar a visualização do caminho percorrido durante o estudo, em busca do produto final, apresenta-se o seguinte fluxograma das atividades executadas:

Figura 2: Fluxograma do método.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Em respeito à Res CNS 196/96 e suas complementares, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública, obtendo aprovação em fevereiro de 2012, sob número OF. COEP/062/12 (Anexo 6).

Para a realização da pesquisa, os indivíduos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nos termos da resolução 196/96, no qual os objetivos da pesquisa e informações a serem solicitadas estavam apresentados, sendo assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos.

A coleta de dados foi idealizada para ser realizada em diferentes Instituições, na Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-DERDIC) e Centro Audição na Criança (CeAC), no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSp) e Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de

Medicina (UNIFESP-EPM). Como cada uma delas possui regras e regimentos específicos, para a autorização da realização do estudo, todos os órgãos responsáveis pelos aspectos éticos foram consultados e seguiu-se os procedimentos recomendados, respeitando as normas vigentes (Anexos 7,8,9,10).

Assim, de acordo com o regimento de cada Instituição, diferentes documentos e procedimentos foram realizados, sendo ao final autorizada a realização da coleta de dados em todas elas. Porém, não foi possível realizar a coleta de dados, em uma das Instituição que se encontrava em processo de mudança do local de atendimento e solicitou o adiamento da realização do campo, inviabilizando sua inclusão na pesquisa.

Segundo ainda os princípios éticos, após o término de todo os procedimentos do estudo, será oferecido às Insituições participantes, uma devolutiva na forma de seminário ou da maneira mais conveniente a cada uma delas. A finalidade de tal devolutiva é permitir que os sujeitos de pesquisa entendam como contribuíram e que dados foram possíveis de serem analisados em conjunto.

O resultado final deste estudo, no formato de dissertação, também será enviado em cópia impressa a cada Instituição participante, bem como no formato eletrônico a cada participante individualmente, envolvido direta ou indiretamente no processo.

Essa devolutiva, complementa o propósito da pesquisa, que tem como objetivo indireto a mobilização, posicionamento e participação política dos sujeitos implicados nas ações em saúde auditiva.

3.7. OCORRÊNCIAS RELATIVAS AO MÉTODO PREVISTO

Como pertinente a qualquer pesquisa, existem limitações e possíveis imprevistos, que acompanham as diferentes etapas, cada uma delas apresentando seus peculiares desafios.

A busca de documentos oficiais apresenta uma certa limitação em relação a documentos antigos, por vezes citados, mas que são de difícil apresentação em formato digital. A extensão de documentos relativos a uma temática tão vasta e ampla, também traz desafios, por envolver diferentes assuntos de forma interligada.

Não é possível listar tudo o que foi publicado, sempre fica a impressão de que algo passou despercebido e que talvez outra pessoa ao fazer a análise daria diferente importância aos diversos documentos.

O fato de envolver mais que um Centro, como parte da pesquisa de campo, implicou autorizações de diferentes pessoas, o que neste estudo acarretou um atraso significativo na coleta dos dados empíricos e até a exclusão de um destes Centros. Esta exclusão foi discutida com o coordenador do serviço e uma carta de justificativa foi enviada ao Comitê de Ética de ambas as Instituições, a convidada e a responsável pela pesquisa.

Objetos vivos, como uma política, também podem ser modificados durante o percurso de uma pesquisa, o que neste caso foi inclusive motivo de adequações na estrutura do estudo, pois a política em questão foi revogada durante o processo de investigação. Tal revogação, porém, não impediu o desenvolvimento do estudo, uma vez que a análise desse período justamente pretende trazer críticas importantes para a implementação de futuras ações políticas.

Pesquisas que dependem também de informações fornecidas por diferentes sujeitos, apresentam a dificuldade de encontrá-los com disponibilidade suficiente para as entrevistas e o viés de que cada sujeito, em diferentes momentos, pode apresentar opiniões divergentes, até mesmo num mesmo discurso. Nas entrevistas destaca-se também o papel do investigador, que acaba em alguns momentos, mesmo tentando a neutralidade, influenciando nas respostas.

Enfim, como nenhuma pesquisa é neutra, tampouco perfeita, ficam aqui relatados alguns dos percalços e fatos que podem, de uma maneira ou outra, ter interferido nos resultados apresentados.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para facilitar a leitura optou-se por apresentar os resultados juntamente com a discussão e dividi-los em dois grandes blocos, dados secundários e primários, os quais em conjunto proporcionaram uma visão ampliada do objeto de estudo. Ao final é realizada uma pequena “triangulação”, a fim de expor uma visão geral dos achados.

4.1. DADOS SECUNDÁRIOS

Os dados secundários que fazem parte do estudo estão descritos a seguir na forma de análise documental e de dados quantitativos, coletados do sistema de informação do SUS.

4.1.1. Documentos

Antes de mais nada é preciso dizer que:

qualquer política está associada a construções históricas e modos de operar próprios de cada realidade, de cada Estado. Toda política insere-se numa trajetória geral e também específica e constitui-se numa institucionalidade, que de alguma forma a condiciona e dá sentido. Os Estados são permeados por instituições que definem práticas e processam caminhos para a ação política cotidiana. Isso quer dizer que ao analisar uma política é preciso considerar primeiramente onde ela se insere na história geral, bem como reconhecer sua história específica [...] Mas recorrer à história, não significa esgotá-la, pois esta é uma tarefa praticamente impossível (BAPTISTA e MATTOS, 2011 p.67-68).

Para a análise documental, como já mencionado anteriormente, foram consultados diferentes endereços eletrônicos, dos principais órgãos que poderiam apresentar legislações relacionadas à temática do estudo.

Tendo em vista ainda o momento histórico de mudanças recorrentes, que exigiam atualizações frequentes, foi feita a opção de consultar diferentes endereços, após verificar que muitos deles apresentavam atraso na atualização da parte de legislação. Outro fator foi a presença apenas de parte dos documentos, aquela mais pertinente à sua área de abrangência específica dos sites, exigindo assim novas

buscas em outros locais. Inclusive, foi utilizado um dos mais conhecidos sites de busca, o *Google*, que se mostrou uma importante ferramenta quando havia apenas dados parciais sobre algum documento oficial. Posteriormente, a fim de garantir a maior fidedignidade dos dados, as informações eram checadas mais que uma vez, em diferentes fontes.

Após a leitura transversal de todos os documentos, em ordem cronológica, foi possível identificar dois marcos históricos e identificar uma tentativa de estruturação da rede de atendimento. O primeiro marco estabeleceu-se em 2004, com a portaria MS/GM nº 2.073 que instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), e com as portarias MS/SAS nº587 e nº589 do mesmo ano, que determinaram as providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. O segundo, em 2012, deu-se por meio das portarias MS/SAS nº793 e nº835, que instituíram uma nova rede de cuidados à pessoa com deficiência, com incentivos financeiros de investimento e de custeio para o componente de atenção especializada.

Assim, a fim de facilitar a leitura e análise, bem como para fins didáticos, os dados serão apresentados em três períodos:

- Período I: Anterior à instituição da PNASA
- Período II: Implementação da PNASA
- Período III: Posterior à revogação da PNASA

Durante a leitura, foram selecionados apenas as leis, decretos e portarias, em vista da importância destes documentos frente aos demais. Outros documentos, se de significância, são citados ao longo da discussão, porém não fazem parte do quadro descritivo. Ainda, para que a leitura se torne mais clara, é preciso também, antes de mais nada, um breve esclarecimento sobre esses conceitos.

Decreto é “todo ato descrito, emanado do chefe do Estado, ou órgão do Poder Público Executivo, com força obrigatória, destinado a assegurar ou promover a boa ordem política, social, jurídica ou administrativa, ou a reconhecer, proclamar e atribuir um direito, estabelecer uma lei: decreto do governador do Estado, decreto do Prefeito Municipal” (FELIPPE, 1997).

Por lei, entende-se: “regra geral justa e permanente que exprime a vontade imperativa do Estado, a que todos são submetidos” (FELIPPE, 1997). Portaria no entanto, é “a forma de que se reveste o ato, geral ou individual, emanado de autoridade outras que o Chefe do Executivo” (DI PIETRO, 2009).

4.1.1.1 Período I – Anterior à instituição da PNASA

Este primeiro período foi marcado, de maneira geral, por ações mais pontuais, focadas aparentemente no modelo biomédico, relacionadas à concessão de AASIs e cirurgias de IC, de extrema importância, mas que não ofereciam garantias à integralidade, tampouco demonstravam a estruturação de uma rede de atendimento.

Abaixo apresenta-se um quadro resumido, em sequência cronológica das publicações, dos principais documentos encontrados, relacionados à saúde auditiva no Brasil e no município de SP, até a instituição da PNASA, no final de 2004:

Quadro IV: Descritivo de documentos relativos ao I Período (1976-2002).

Documento	Data	Esfera	Resumo
Lei 8438	09/09/1976	Municipal	Dispõe sobre organização da Educação de Deficientes Auditivos, no Ensino Municipal, e dá outras providências.
Portaria 3335	11/06/1984	Federal	Autoriza a concessão de ajuda supletiva aos beneficiários do INAMPS nas modalidades de “auxílio transporte” “auxílio órtese e prótese” e “outros aparelhos ou peças”.
Lei 12556	01/1988	Municipal	Programa de Saúde Auditiva para crianças.
Lei 7853	24/10/1989	Federal	Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE) institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.
Lei 8080	19/09/1990	Federal	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
Lei 8142	28/12/1990	Federal	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
Portaria 237	12/02/1992	Federal	Dispõe sobre normas de funcionamento dos serviços de saúde para o portador de deficiência, no SUS.
Decreto 31341	20/03/1992	Municipal	Institui Programa de Atendimento aos Portadores de Necessidades Especiais, e dá outras providências.

Portaria 304	02/07/1992	Federal	Modifica a Portaria 237, de 13 de fevereiro de 1992, que dispõe sobre normas de funcionamento dos serviços de saúde para atendimento da Pessoa Portadora de Deficiência - PPD no SUS.
Lei 11 326	30/09/1992	Municipal	Dispõe sobre atendimento aos alunos portadores de necessidades especiais.
Lei 11 276	12/11/1992	Municipal	Dispõe sobre o ingresso, no serviço público municipal, de pessoas portadoras de deficiência física ou sensorial, e dá outras providências.
Lei 11.315	21/12/1992	Municipal	Dispõe sobre o Conselho Municipal da Pessoa Deficiente - CMPD, e dá outras providências.
Portaria 126	17/09/1993	Federal	Cria na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde a cirurgia de Implante Coclear (SIH/SUS).
Portaria 146	14/10/1993	Federal	Estabelecer diretrizes gerais para a concessão de Próteses e Órteses através da assistência ambulatorial.
Decreto 33793	08/11/1993	Municipal	Regulamenta a lei nº 11.326, de 30 de dezembro de 1992, e dá outras providências.
Decreto 33891	16/12/1993	Municipal	Institui a Política de Atendimento aos Portadores de Necessidades Especiais na rede municipal de Ensino, e dá outras providências.
Decreto 36314	20/08/1996	Municipal	Institui Política de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência, no âmbito da Secretaria Municipal da Família e Bem-Estar Social (FABES); oficializa o Programa de Atendimento aos Portadores de Deficiência (PRODEF), e dá outras providências.
Portaria 211	12/11/1996	Federal	Estabeleceram as normas para cadastramento de Centros/Núcleos para realização de Implante Coclear.
Lei 12556	08/01/1998	Municipal	Institui o Programa de Saúde Auditiva para crianças no município de São Paulo.
Portaria 1278	20/10/1999	Federal	Estabelece critérios de indicação e contra indicação de Implante Coclear, a serem realizados por serviços previamente habilitados.
Portaria 584	21/10/1999	Federal	Desvincula os valores da prótese para Implante Coclear, inclusive tabela de órteses e próteses e materiais especiais (OPM) e na tabela de Compatibilidade do SIH/SUS, as próteses a serem cobradas, exclusivamente, nos Implantes Cocleares.
Lei 10455	20/12/1999	Estadual	Estabelece obrigatoriedade de exame de audiometria nas escolas públicas estaduais.
Decreto 3298	20/12/1999	Federal	Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.
Lei 10048	08/11/2000	Federal	Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências.
Portaria 432	14/11/2000	Federal	Institui a ampliação do universo de concessão de aparelhos de amplificação sonora individuais (AASI) aos pacientes em tratamento pelo SUS e dá outras providências.

Lei 10098	19/12/2000	Federal	Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.
Portaria 511	29/12/2000	Federal	Estabelece o cadastramento dos estabelecimentos de saúde no país, vinculados ou não ao SUS.
Portaria 185	05/06/2001	Federal	Inclui a concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção ambulatoriais.
Lei 10958	27/11/2001	Estadual	Torna oficial a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS e dá outras providências.
Lei 13304	21/01/2002	Municipal	Reconhece, no âmbito do Município de São Paulo a Língua Brasileira de Sinais, LIBRAS, como língua de instrução e meio de comunicação objetiva e de uso corrente da unidade surda, e dá outras providências.
Lei 10424	15/04/2002	Federal	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e regulamentando a assistência domiciliar no SUS.
Lei 10436	24/04/2002	Federal	Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS e dá outras providências.
Decreto 41986	14/05/2002	Municipal	Regulamenta a lei nº 13.304, de 21 de janeiro de 2002, que reconhece, no âmbito do município de São Paulo, a língua Brasileira de Sinais - LIBRAS como língua de instrução meio de comunicação objetiva e de uso corrente da comunidade.
Portaria 1060	05/06/2002	Federal	Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.
Decreto 42214	22/07/2002	Municipal	Regulamenta a lei nº 12.556, de 8 de janeiro de 1998, que institui o programa de saúde auditiva para crianças no município de São Paulo.

Conforme o quadro, os primeiros documentos relativos à saúde auditiva, de alcance nacional, foram lançados ainda no período do extinto Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), como a portaria nº. 3335/MPAS de 11 de junho de 1984 e nº. 46, que autorizava a concessão de ajuda supletiva aos beneficiários do INAMPS nas modalidades de “auxílio transporte” “auxílio órtese e prótese” e “outros aparelhos ou peças”. Neste período, os beneficiados eram apenas aqueles que de alguma maneira contribuía para o INAMPS, pois possuíam vínculo empregatício; os demais estavam marginalizados e não tinham acesso a esses serviços de saúde, dependendo de Santas Casas e outros tipos de caridade (ABA, 2012).

Porém, a partir da Constituição Federal de 1988, houve uma nova forma de se lidar com a saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal e as políticas

sociais voltadas para as pessoas com deficiência foram, então, asseguradas. Anos antes, em 1986 ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na qual é aprovada a carta de Ottawa, considerada peça fundamental no desenvolvimento do conceito de promoção da saúde, que influencia a maneira de pensar de todas as nações.

Em 1985 inicia-se o Encontro Internacional de Audiologia (EIA), atualmente sob organização da Academia Brasileira de Audiologia (ABA), que tem periodicidade anual e reúne “profissionais brasileiros e estrangeiros, promovendo o intercâmbio e a divulgação da produção científica da área. Além disso, esse evento torna possível a mobilização de profissionais para a reflexão e o planejamento de ações visando à qualificação do diagnóstico, da avaliação, da reabilitação no campo da audição e da melhoria da qualidade de vida da população ”(BEVILACQUA *et al*, 2011a).

No Brasil, o atendimento as pessoas com deficiência auditiva é incorporado pelo SUS no início da década de 90, com portarias relacionadas primordialmente à cirurgia de IC. No município de São Paulo, em 1992, é lançado o “Programa de Atendimento aos Portadores de Necessidades Especiais”, concomitante a ações para atendimento aos alunos “portadores de necessidades especiais” e a inclusão no serviço público de “pessoas portadoras de deficiências físicas e sensoriais”.

Nesta década, são lançadas diferentes diretrizes, nacionais e municipais, para assegurar a concessão de IC, próteses e órteses. É lançada ainda a “Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência”, buscando incluir a pessoa com algum tipo de deficiência a sociedade, definindo:

Deficiência, como toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano e;

Incapacidade, como uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa perceber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Em 2000, o MS amplia o universo de concessão de AASIs, estabelece normas gerais e critérios básicos para a acessibilidade das “pessoas com deficiência”

e cadastra estabelecimentos de saúde por todo o país, vinculados ou não ao SUS. Nos anos subsequentes, ocorre a luta para a instituição da Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS – tornar-se tanto a nível local, quanto nacional, uma língua oficial.

Esse é um período que se mostra de pequenas conquistas, mas de grande luta social, em busca de assegurar a implementação do SUS de maneira real. Na saúde auditiva, mostra-se como os primeiros passos para a idealização de uma política, com vistas ao atendimento integral das pessoas com deficiência auditiva, não mais apenas focadas em procedimentos e concessões de AASIs e ICs.

4.1.1.2 Período II – Implementação da PNASA

Este segundo momento, é de plena implementação de uma política nacional para atenção às “pessoas com deficiência auditiva”, propondo estruturar as redes de serviços de maneira regionalizada e hierarquizada, com atendimento universal, equitativo e integral, com estratégias direcionadas à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas com deficiência auditiva.

Paralelo à implementação dessa política, diferentes ações aconteciam, como exposto no quadro abaixo:

Quadro V: Descritivo de documentos relativos ao II Período (2004-2011).

Documento	Data	Esfera	Resumo
Portaria 2073	28/09/2004	Federal	Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.
Portaria 587	07/10/2004	Federal	Determina a organização e a implantação de Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva.
Portaria 589	08/10/2004	Federal	Trata dos mecanismos para operacionalização dos procedimentos de atenção à saúde auditiva no Sistema Único de Saúde - SIA/SUS.
Decreto 5296	02/12/2004	Federal	Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.
Portaria 68	25/01/2005	Federal	Institui, no âmbito desta Secretaria, uma Câmara Técnica da Atenção à Saúde Auditiva, com a finalidade de proceder à implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde auditiva, bem com rever e atualizar as normas, parâmetros e procedimentos da Tabela do SUS.

Portaria 387	07/07/2005	Federal	Estabelece que as empresas legalmente constituídas que tenham como ramo de atividade a comercialização de aparelhos de amplificação sonora individual (AASI), fornecedoras de unidades que prestam serviços ao SUS, devem encaminhar à coordenação geral da alta complexidade, do departamento de Atenção Especializada, da secretaria de atenção à saúde/MS, solicitação de validação e classificação de seus aparelhos, para posterior análise e aprovação pela câmara técnica de atenção à saúde auditiva.
Lei 12085	05/10/2005	Estadual	Autoriza a criação do Centro de Criação e Encaminhamento para Pessoas com Necessidades Especiais e Famílias e dá providências correlatas.
Decreto 5626	22/12/2005	Federal	Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.
Portaria 399	22/02/2006	Federal	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.
Decreto 50572	01/03/2006	Estadual	Regulamenta a lei nº 12.085, de 5 de outubro de 2005, cria o Centro de Orientação e Encaminhamento para Pessoas com Necessidades Especiais e respectivas Famílias e dá providências correlatas.
Portaria 626	23/03/2006	Federal	Define os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e os limites físicos e financeiros dos Estados, Distrito Federal e municípios.
Portaria 684	28/03/2006	Federal	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
Portaria 687	30/03/2006	Federal	Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde.
Portaria 699	30/03/2006	Federal	Regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão.
Portaria 142	16/11/2006	Federal	Instituir o Comitê de Ajudas Técnicas com responsabilidades que fazem parte das estratégias de acessibilidade, equiparação de oportunidades e inclusão das pessoas com Deficiências e com mobilidade reduzida.
Lei 12522	02/01/2007	Estadual	Torna obrigatório o diagnóstico da audição em crianças imediatamente após o nascimento nas maternidades e hospitais.
Portaria 321	08/02/2007	Federal	Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS.
Portaria 308	10/05/2007	Federal	Altera os valores dos Aparelhos de Amplificação Sonora Individual – AASI constantes do Anexo II da Portaria SAS/MS nº 589, de 08 de outubro de 2004.
Lei 14408	22/05/2007	Municipal	Institui, no Município de São Paulo, serviço de atendimento e informação às pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.
Lei 14419	31/05/2007	Municipal	Torna obrigatória a realização de diagnóstico de audição em recém-nascidos, nas unidades da rede municipal de saúde do município de São Paulo, e dá outras providências.
Lei 14441	20/06/2007	Municipal	Dispõe sobre a criação da Central de Intérpretes da Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS e Guias-Intérpretes para Surdocegos, no âmbito do município de São Paulo.

Decreto 6215	26/09/2007	Federal	Inclusão das Pessoas com Deficiência, com vistas à implementação de ações de inclusão das pessoas com deficiência, por parte da União Federal, em regime de cooperação com Municípios, Estados e Distrito Federal, institui o Comitê Gestor de Políticas de Inclusão das Pessoas com Deficiência - CGPD, e dá outras providências.
Portaria 2488	02/10/2007	Federal	Concede reajuste de caráter emergencial, alterando os valores de procedimentos das Tabelas do Sistema de Informação Hospitalar do SUS – SIH/SUS e do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS – SIA/SUS.
Portaria 2848	06/11/2007	Federal	Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde.
Portaria 2916	13/11/2007	Federal	Exclui e inclui procedimentos da Tabela do SIA/SUS, e SIH/SUS.
Portaria 2918	13/11/2007	Federal	Exclui e altera procedimentos da Tabela - SIA/SUS e SIH/SUS.
Lei 14659	26/12/2007	Municipal	Oficializa a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida
Portaria SAS 07	04/01/2008	Federal	Atualiza a tabela de procedimentos, incluindo e excluindo códigos de procedimentos. Anexo VIII –Grupo 07 - Órteses e Próteses e Materiais Especiais.
Lei 14671	14/01/2008	Municipal	Cria o Programa Municipal de Reabilitação da Pessoa com Deficiência Física e Auditiva.
Portaria 154	24/01/2008	Federal	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.
Portaria 389	03/03/2008	Federal	Redefine os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e os limites físicos e financeiros dos Estados, Distrito Federal e Municípios.
Decreto 49671	25/06/2008	Municipal	Regulamenta a lei nº 14.671, de 14/01/2008, que cria o Programa Municipal de Reabilitação da Pessoa com Deficiência Física e Auditiva.
Decreto 186	09/07/2008	Federal	Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007.
Portaria 2867	27/11/2008	Federal	Estabelece recursos a serem transferidos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade (MAC).
Portaria 3150	24/12/2008	Federal	Estabelece recursos financeiros a serem incorporados ao Teto Financeiro anual de Média e Alta Complexidade dos Estados e do Distrito Federal.
Decreto 6949	25/08/2009	Federal	Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.
Lei 15096	05/01/2010	Municipal	Dispõe sobre o programa censo-inclusão para a identificação, mapeamento e cadastro do perfil socioeconômico das pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.
Portaria 1857	12/07/2010	Federal	Cria incentivo financeiro para implantação das Redes Estaduais de Serviços de Reabilitação para Pessoas com Deficiência.
Lei 12303	02/08/2010	Federal	Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas.
Portaria 4279	30/12/2010	Federal	Estabelece as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS.
Lei 12401	28/04/2011	Federal	Rege a CONITEC e altera a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação

			de tecnologia em saúde no âmbito do SUS.
Decreto 7508	29/06/2011	Federal	Regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990.
Portaria 2029	24/08/2011	Federal	Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS
Portaria 2488	21/10/2011	Federal	Revoga a portaria GM n.648/2006 e demais disposições em contrário ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Conforme o quadro, o MS instituiu a PNASa, por meio da portaria nº 2.073 de setembro de 2004, propondo a organização de uma rede hierarquizada, regionalizada e integrada na Atenção Básica, na Média e Alta Complexidade. Na sequência, as portarias nº 587, de 07 de outubro de 2004, e nº 589, de 08 de outubro do mesmo ano, tratam da organização dessas redes, prevendo a descentralização do atendimento, com a presença de serviços em todos os Estados brasileiros (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c).

A proposta da política era, através do SUS, atuar efetivamente na melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência auditiva, além de definir que o programa seja estruturado de forma articulada entre o MS, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. (BRASIL, 2004b)

Concomitante à publicação dos documentos, diferentes movimentos estavam sendo realizados, como a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, que ocorreu de 12 a 15 de maio de 2006, em Brasília. Com o tema: “Acessibilidade você também tem compromisso” resgatou o comprometimento e a justiça social com novos princípios democráticos e seu impacto na gestão social. Essa conferência tornou-se emblemática no processo de inclusão e acessibilidade.

Neste mesmo ano, foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde, “num movimento que ganhou grande reforço e repercussão no SUS pela inclusão, da promoção da saúde dentre as diretrizes e prioridades do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, que o MS, CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e CONASSEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) propuseram visando à ampliação da efetividade, eficiência e qualidade das respostas do SUS às necessidades de saúde da população” (CASTRO e MALO, 2006 p. 15).

Em 2006, também é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de

Saúde (PACS). Anos depois, no início de 2008, surgem outros equipamentos de apoio, como os Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASFs) e, na cidade de SP, os Núcleo Integrado de Saúde Auditiva NISAs e Núcleos Integrados de Reabilitação (NIRs), de maneira a complementar a rede de cuidados, distribuídos nas cinco coordenadorias de saúde do município.

Ainda de acordo com o Guia de Orientação ao Fonoaudiólogo (CRFa, 2011), dentre as várias ações de saúde auditiva na atenção básica destacam-se:

- promoção à saúde auditiva em projetos de vivência para empoderamento de comportamentos saudáveis;
- educação em saúde (informativas; educativas e orientação familiar);
- prevenção e dos problemas auditivos;
- identificação precoce dos problemas auditivos;
- compartilhamento de casos que demandam outros níveis de atenção (Média e Alta Complexidade);
- ações de reabilitação, com o objetivo de reduzir as incapacidades e facilitar o acesso à reabilitação ao usuário o mais próximo possível da moradia.

O NASF surgiu como importante agente de mudança, ampliando a abrangência do escopo das ações na atenção básica. Permitindo maior adoção das estratégias da PS nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, o seu caráter multiprofissional é o que aparentemente abre espaço para a promoção da saúde, para ações de integralidade.

Na Rede Municipal de Saúde Auditiva, os NISAs oferecem assistência integral e descentralizada, nos diversos níveis de complexidade. Contemplam desde ações primárias de prevenção, promoção e inclusão na comunidade, até a organização do acesso a procedimentos e materiais especializados, como órteses, próteses e materiais auxiliares. Os NISAs estão locados em UBS ou Ambulatórios de Especialidade (AE) e podem ser classificados de acordo com a complexidade em:

- NISA I– Diagnóstico Audiológico e reabilitação auditiva;
- NISA II- Diagnóstico Audiológico, indicação, concessão e adaptação de AASIs e reabilitação auditiva

Dessa maneira, o município estabeleceu um fluxo, desde a suspeita da perda até o serviço de saúde auditiva, conforme demonstrado nas figuras abaixo:

Figura 3: Fluxo para atendimento do usuário com suspeita de deficiência auditiva sem diagnóstico.

Fonte: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (2011, p.88).

Figura 4: Fluxo para atendimento do usuário que já possuem diagnóstico e indicação médica para uso do aparelho, ou já são usuários e necessitam trocá-lo.

Fonte: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (2011, p.88).

Outro componente da rede são os NIRs, que contemplam a prevenção, a promoção, o diagnóstico e o tratamento de pessoas com deficiências. Essas unidades funcionam igualmente em UBS ou AE. Segundo o Portal da Prefeitura de São Paulo,

atualmente, existem cerca de 27 NIRs espalhados por toda cidade, divididos em dois tipos:

- NIR I– promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação de pessoa com deficiência;
- NIR II– promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação de pessoa com deficiência e concessão de órteses e próteses (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2013).

Essa estrutura visa à complementação da rede de saúde auditiva, trazendo os atendimentos mais próximos e acessíveis aos usuários, que muitas vezes encontram-se afastados das regiões centrais, onde se concentram a maioria dos serviços de Alta Complexidade.

Outro marco deste período foi a realização do primeiro evento científico direcionado exclusivamente ao estudo das políticas públicas relacionadas a atenção à saúde auditiva, que recebeu o nome de “Seminário Científico Políticas Públicas, serviços e sistemas em Saúde Auditiva. Este evento vem sendo realizado desde 2006, sob organização do Centro de Pesquisas Audiológicas do Hospital de Reabilitação das Anomalias Craniofaciais (CPA-HRAC) e do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB), ambos da Universidade de São Paulo (USP). A proposta é discutir as ações voltadas à saúde auditiva dos serviços credenciados ao Ministério da Saúde

O público-alvo do seminário é composto por fonoaudiólogos, médicos otorrinolaringologistas, psicólogos, pediatras e demais profissionais da área da saúde envolvidos em serviços de saúde auditiva. O evento é voltado também para alunos de graduação e de pós-graduação que desenvolvem pesquisas na área da audiolgia e para profissionais da área da educação ou outras áreas relacionadas ao atendimento de pessoas com deficiência auditiva das diversas regiões do Brasil.

As atividades normalmente são organizadas em mesas-redondas, conferências nacionais e internacionais e exposição de trabalhos, com a presença de profissionais da área de saúde do SUS e das Universidades que desenvolvem pesquisas e projetos, bem como atuam em Serviços de Saúde Auditiva e buscam uma otimização de serviços públicos em saúde auditiva no âmbito nacional.

Para fomentar ainda mais as discussões, no ano seguinte é criado formalmente um comitê multiprofissional, que agregou as áreas de estudo da Fonoaudiologia, Otologia, Otorrinolaringologia e Pediatria, o COMUSA, cujo objetivo é discutir e referendar ações voltadas à saúde auditiva de neonatos, lactentes, pré-escolares e escolares, adolescentes, adultos e idosos. Fazem parte desse comitê representantes da Academia Brasileira de Audiologia (ABA), Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial (ABORL), Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), Sociedade Brasileira de Otologia (SBO) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) (LEWIS *et al*, 2010).

Em 2007 também foram promulgadas duas leis relacionadas à triagem auditiva neonatal: lei estadual nº 12.522, de 2 de janeiro de 2007, que torna obrigatório o diagnóstico da audição em neonatos nas maternidades e hospitais do Estado de São Paulo; lei municipal nº 14.419, de 31 de maio de 2007, que torna obrigatória a realização de diagnóstico da audição em recém-nascidos, nas unidades da rede municipal de saúde.

Nos dias 8 e 9 de maio de 2008, na cidade de Bauru/SP, é realizada a segunda edição do seminário de políticas públicas na saúde auditiva, com o tema “Indicadores de qualidade nos serviços de saúde auditiva do Sistema Único de Saúde”. Nesta edição, a proposta foi discutir a necessidade de se constituir serviços públicos de saúde auditiva com qualidade, para nortear a definição das metas do serviço, o que, por sua vez, pode levar ao desenvolvimento e organização de programas de diagnóstico e intervenção favoráveis para que tais metas sejam atingidas.

O terceiro evento ocorreu entre os dias 21 e 22 de maio de 2009, com foco nas ações da Atenção à Saúde Auditiva na Atenção Básica”. O quarto seminário ocorreu de maneira concomitante ao III Seminário sobre Implante Coclear em comemoração aos 20 anos do CPA-HRAC-USP, em Bauru.

Em 2008, a Convenção da ONU sobre os Direitos das “Pessoas com Deficiência” foi incorporada à legislação brasileira na “II Conferência nacional dos direitos da pessoa com deficiência”, que ocorreu de 1 a 4 de dezembro em Brasília. Com o tema “inclusão, participação e desenvolvimento: um novo jeito de avançar”.

Nesse período, entre 2007 e 2008, são realizadas mudanças nas tabelas de procedimentos realizados no SUS, assim como nos recursos financeiros destinados à

saúde auditiva. A tabela de valores para pagamento dos AASIs sofre uma redução de 50% em relação aos valores estabelecidos anteriormente.

Porém em 2008, houve um incremento de 15% no recurso e no limite físico disponibilizado aos serviços e Estados que poderiam atender em saúde auditiva. O recurso poupado então com a redução dos preços dos AASIs foram direcionados para a própria política, aumentando em 15% a possibilidade de atendimento no serviço, ou de toda a rede (PISANESCHI, 2009).

Em novembro desse mesmo ano, a portaria nº 2.867, ainda muda a lógica do financiamento das ações, em apoio à descentralização dos recursos, o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), repassa para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade/MAC. Esse foi um importante marco, que pode justificar as mudanças nos quantitativos dos procedimentos, uma vez que há uma limitação para a realização dos procedimentos, com base num teto financeiro.

No município de SP, até 2009, foram implantados pela SMS 86 NASFs, oito serviços de saúde auditiva, sendo metade de Média e metade de Alta Complexidade. Cinco destes sob gestão municipal, sendo dois próprios e três conveniados; e três serviços estão sob gestão estadual (PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2011). Cada serviço possuía uma base populacional e área geográfica determinada de um serviço para cada grupo de 1.500.000 habitantes, planejada de forma a facilitar o acesso. Vale ressaltar que este corte populacional não é universal e aparentemente fere os princípios do SUS (BRASIL, 2008).

Assim, em 2010 o MS criou incentivos financeiros para implantação das Redes Estaduais de Serviços de Reabilitação para Pessoas com Deficiência e dispões sobre a obrigatoriedade do exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA). Em São Paulo, já em 2009, foi realizada uma chamada pública “visando à seleção e possível contratação de serviços de triagem auditiva universal” a ser prestado a criança recém nascida dos hospitais sob gestão municipal integrantes da Rede de Proteção à Mãe Paulistana (SÃO PAULO, 2008).

Esta implantação permitiu o aprimoramento do fluxo de intervenção oportuna, integrando a triagem auditiva realizada na maternidade com o

monitoramento do desenvolvimento previsto para a atenção básica, NIRs e NISAs, conforme o fluxo abaixo:

Figura 5: Fluxo de intervenção oportuna.

UVIS - Unidade de Vigilância em Saúde
 NISA/MC - Núcleo Integrado de Saúde Auditiva/Média Complexidade
 NISA/AC - Núcleo Integrado de Saúde Auditiva/Alta Complexidade
 NIR - Núcleo Integrado de Reabilitação
 DNPM - Desenvolvimento Neuro-Psico-Motor
 EOA - Teste de Emissões Otoacústicas
 Fo = Fonoaudiologia, Ft = Fisioterapia, TO = Terapia Ocupacional
 Check list em anexo

Fonte: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (2011, p.101).

No ano seguinte, cria-se a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS.

Nesse ano, é instituída ainda a atenção domiciliar, a qual tem se mostrado um dispositivo potente para responder a algumas necessidades de cuidados muitas vezes prolongados, até que o paciente adquira autonomia para levar adiante seu novo contexto de produção da vida (FEUERWERKER, 2011).

Ainda em 2011, o decreto nº 7.508 regulamenta as leis do SUS e dispõe sobre o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, o qual estabelece o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) como o instrumento de expressão do acordo interfederativo para a organização e integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes (BRASIL, 2011c).

4.1.1.3 Período III – Posterior à revogação da PNASA

Este terceiro momento, o atual, que ainda encontra-se em fase de construção, aparentemente redireciona a maneira de se pensar a saúde das pessoas com deficiência auditiva, incluindo-as dentro de “ações macro”, visualizando-as como pessoas com deficiências de uma maneira geral, seja ela qual for.

Abaixo seguem os documentos mais recentes, relacionados à atenção à saúde auditiva, após sua entrada na agenda de prioridades do governo:

Quadro VI: Descritivo de documentos relativos ao III Período (2011-2012).

Documento	Data	Esfera	Resumo
Portaria 2672	16/11/2011	Federal	Institui o Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência.
Decreto 7612	17/11/2011	Federal	Institui o Plano Nacional dos direitos das pessoas com deficiência - Plano Viver sem Limite.
Portaria 793	24/04/2012	Federal	Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS.
Portaria 835	25/04/2012	Federal	Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.

Portaria 930	10/05/2012	Federal	Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema.
Portaria 992	22/05/12	Municipal	Institui o Conselho de Acompanhamento dos Convênios (CONAC) para as unidades do Programa Acompanhante Comunitário de Saúde da Pessoa com Deficiência e dá outras providências.
Decreto 7797	30/08/2012	Federal	Cria o Departamento de Gestão e Incorporações de tecnologias em saúde.
Portaria 971	13/09/2012	Federal	Adéqua o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e inclui Procedimentos de Manutenção e Adaptação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais da Tabela de Procedimentos do SUS.
Portaria 2109	21/09/2012	Federal	Estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios.
Portaria 2578	13/11/2012	Estadual	Estabelece recurso financeiro a ser disponibilizado em parcela única ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Distrito Federal e aos Estados de Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo, Minas Gerais. Para troca do processador de fala do IC, nas instituições determinadas em anexo.
Portaria 1328	03/12/2012	Federal	Aprova, na forma do Anexo, as Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

De 2003 a 2011, ou seja, durante dois mandatos, V. Ex. Luiz Inácio Lula da Silva foi o presidente do Brasil, passando seu posto em 2011 para a então atual presidente V. Ex. Dilma Rousseff, do mesmo partido político, que iniciou algumas mudanças políticas, como a revogação da PNAS e implementação do Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência - Plano Viver sem Limite, que institui uma nova lógica à rede de cuidados à pessoa com deficiência, sem seguir a distribuição dos serviços pela lógica da base populacional.

Este plano tem como eixo estruturante a reabilitação e visa ações articuladas entre quinze ministérios, sob a coordenação da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, na tentativa de incorporar a saúde auditiva numa rede mais ampla e complexa de atenção à saúde, cujas ações de reabilitação são estruturadas em quatro eixos: 1.Educação; 2.Saúde; 3.Inclusão Social; 4.Acessibilidade.

Para estruturar o plano, foi realizado o estudo e análise das características sócio-demográficas, de saúde, distribuição de serviços em cada região do Brasil, mapeando os dados para conseguir a implementação das ações (MENDES, 2012).

Ainda de acordo com Mendes, como as ações das políticas anteriores não estavam articuladas em rede, a regulação não acontecia de modo eficiente, ou seja, não havia repasse do Ministério de recursos, pois a referência e contra-referência não tinham fluxos estabelecidos em todos os locais. O novo conceito de redes de saúde se refere à articulação da política com toda a linha de cuidados, da atenção básica à urgência e emergência hospitalar.

Assim, o plano “Viver sem Limite” visa implementar novas iniciativas e intensificar as ações já desenvolvidas pelo Governo Federal em benefício da pessoa com deficiência, melhorando o acesso desses cidadãos aos direitos básicos, como educação, transporte, mercado de trabalho, qualificação profissional, moradia e saúde (ABA, 2012).

São metas desse plano de atenção à saúde:

- Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no SUS, com foco na organização em Rede e na atenção integral à saúde, contemplando as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual, ostomias e múltiplas;
- Ampliar a integração e articulação dos serviços de reabilitação com a rede de atenção primária e outros pontos de atenção especializada;
- Desenvolver ações de prevenção e identificação precoce de deficiências na infância e vida adulta.

Assim, a rede de reabilitação do SUS fica composta pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção especializada, atenção odontológica, atenção materno-infantil e atenção hospitalar e de urgência, sendo estabelecidas ações em cada nível de atenção, conforme a figura abaixo:

Figura6: Ações em cada nível de atenção.

I - Na atenção básica:	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde • Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
II - Na atenção especializada:	<ul style="list-style-type: none"> • Centro Especializado em Reabilitação - CER II, CER III, CER IV; • Serviços Habilitados: • Oficinas Ortopédicas • Transporte à Saúde para pessoas com deficiência
III – Na atenção odontológica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) • Centros Cirúrgicos em Hospitais Gerais
IV - Na atenção materno infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação e qualificação do Programa Nacional de Triagem Neonatal
V - Na atenção hospitalar e de urgência e emergência:	<ul style="list-style-type: none"> • Os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências - SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, entre outros; • Criação de leitos de reabilitação; • Instituição de equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência vinculadas à ação pré-deficiência, como traumas e AVE.

Fonte: Ministério da Saúde - Slide da apresentação durante o Fórum de Políticas Públicas, realizado durante o 27º EIA, na cidade de Bauru (2012).

Esse modo de organização dos serviços de saúde, articulados em rede, visa garantir ações sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento e assegurar a atenção integral aos usuários de modo resolutivo e humanizado. Não há mais uma divisão entre as áreas auditiva, física, visual e intelectual, do ponto de vista estruturante da política; os serviços estão articulados na lógica da reabilitação.

A nova rede possui outra maneira de financiamento. Os Centros já habilitados permanecem como estão, até que sejam revistos, ou podem utilizar as verbas do MS para a reforma e ampliação – transformando-se em Centros Especializados de Reabilitação (CER). Os novos Centros têm financiamento de até 100% para equipamento e 80% para custeio, de acordo com o número de deficiência atendidas. Desta forma, os CERs são os novos serviços credenciados como pontos de atenção à “pessoa com deficiência”, sendo classificados em três tipos: CER II, III e IV, sendo o algoritmo romano indicativo do número de reabilitações atendidas.

Pretende-se então que toda rede esteja articulada, voltada às ações de reabilitação, na linha de cuidado, sendo estabelecidos os fluxos, conforme a figura abaixo:

Figura 7: Fluxo de atendimento as pessoas com deficiência.

Fonte: Ministério da Saúde - Slide da apresentação durante o Fórum de Políticas Públicas realizado durante o 27º EIA na cidade de Bauru (2012).

Essa rede de cuidados à pessoa com deficiência foi instituída por meio da portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012, que orienta a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, tendo como diretrizes:

- o respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas;
- a promoção da equidade;
- a promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos;
- a garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- a diversificação das estratégias de cuidado;

- o desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- a promoção de estratégias de educação permanente;
- o desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular;
- o desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT).

Tais ações têm como objetivos ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência, promover a vinculação das pessoas aos pontos de atenção; e garantir a articulação e a integração destes pontos em rede no território (MANZONI e ALMEIDA, 2012).

Algumas dessas alterações foram discutidas entre membros do governo, sociedades científicas, alunos e profissionais da rede, durante o quinto Seminário Científico Políticas Públicas, serviços e sistemas em Saúde Auditiva, em 2011, e mais recentemente, em 2013; novamente as pessoas se encontraram para discutir as ações sob a perspectiva do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, buscando entender melhor como ocorre a operacionalização de sua implementação à nível local.

Para facilitar e conduzir as implementações, de acordo com essas novas diretrizes, como já mencionado anteriormente, em julho de 2012 foi lançado um Novo Instrutivo de Saúde Auditiva, com algumas modificações previstas dentro dos novos moldes do “Plano Viver sem Limite”. Esse mesmo documento, em abril de 2013, foi reformulado e apresentado juntamente aos instrutivos das demais áreas, no documento intitulado “Instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual” (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013a).

Em relação ao IC, que permanece na Alta Complexidade, em setembro de 2012, foi estabelecido o recurso financeiro a ser disponibilizado em parcela única ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Distrito Federal e aos Estados de Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo, Minas Gerais, para troca dos processadores de fala. Esse recurso foi repassado apenas a algumas instituições determinadas, tendo em vista que com o passar o tempo há crescentes avanços tecnológicos relacionados aos processadores, assim como ocorre com os AASIs.

Como há também uma queixa constante em relação a reparos e manutenção das órteses e próteses e materiais especiais (OPM), essas ações foram incluídas na Tabela de Procedimentos do SUS, por meio da portaria 971, com códigos específicos para reparo ou manutenção e adaptação. Porém, o que se nota, é que os serviços, de maneira geral, têm encontrado dificuldades em operacionalizar o uso da verba destina a este fim.

Quanto à triagem auditiva neonatal, com base no documento “Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal”, lançado em 2012, esta passa a incorporar, juntamente com o “teste do pezinho e do olhinho”, o Programa Nacional de Triagem Neonatal, cuja política tem previsão de ser promulgada em agosto de 2013, com estimativa de aumento das ações e no quantitativo de triagens. Recentemente, é lançada também, pelo MS uma cartilha de orientações básicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012c).

Fica estabelecido, então, o seguinte fluxograma das ações desenvolvidas a partir da identificação do risco para deficiência auditiva, indicando o nível e o local de atendimento na rede:

quatro eixos temáticos: I - Educação, esporte, trabalho e reabilitação profissional; II - Acessibilidade, comunicação, transporte e moradia; III - Saúde, prevenção, reabilitação, órteses e próteses; IV - Segurança, acesso à justiça, padrão de vida e proteção social adequados.

Em 2013, em outro palco de discussões, durante o Encontro Internacional de Audiologia (EIA), a fonoaudióloga Vera Mendes, coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde, divulga que, para 2014, o Brasil tem a meta de possuir 45 CERs, 22 novos e 23 qualificações de serviços existentes, além de 88 veículos adaptados e sete oficinas ortopédicas itinerantes (carretas) e seis fluviais (barcos). Até aquele momento, já haviam sido aprovadas 33 propostas de CER no território nacional, sendo 22 novos e 11 qualificações. Ela refere ainda que o SUS não prevê políticas para grupos específicos, mas para o atendimento de agravos e, que com os novos CERs, a lógica de distribuição dos serviços tentará suprir os vazios assistenciais, fruto da implementação com base em corte populacional da antiga PNAS.

Em maio desse mesmo ano é publicada a Portaria nº 21, que incorpora o Sistema de Frequência Modulada Pessoal (FM) no âmbito do SUS. Essa inclusão visa possibilitar a acessibilidade da criança e/ou jovem com deficiência auditiva a melhorias nos processos comunicativos (BRASIL, 2013b).

Para tanto, a execução do projeto é dos Ministérios da Educação e da Saúde, em parceria com as redes de educação e saúde de Estados e municípios. Para identificar os benefícios pedagógicos do uso do FM, no contexto escolar, e definir os critérios de indicação, o MEC desenvolveu, em 2012, um projeto relacionado ao uso do sistema de FM na escolarização de estudantes com deficiência auditiva, em escolas públicas. A pesquisa envolveu 106 escolas, 202 estudantes e 99 professores do atendimento educacional especializado, nas cinco regiões do país (PORTAL DO MEC, 2013).

Martinha Clarete Dutra dos Santos, diretora de políticas da educação especial da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (SECADI), informa que a pesquisa comprovou a eficácia do sistema de FM por usuários de AASIs e ICs na promoção de acessibilidade no contexto escolar, ampliando as condições de comunicação e interação entre alunos e professores.

No mês seguinte, em 25 de junho de 2013, é lançada a portaria nº 1.274, que inclui o procedimento de FM na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único (BRASIL, 2013c).

De acordo com o artigo 1º, os recursos para o financiamento permanecerão por seis meses sendo efetivados pelo FAEC, a fim de se formar uma série histórica, necessária para à sua incorporação ao MAC do Distrito Federal, Estados e Municípios. Porém, talvez esse período seja insuficiente, tendo em vista que muitos locais ainda não iniciaram as indicações, pois aparentemente não estão seguros o suficiente quanto aos procedimentos administrativos/operacionais necessários.

Assim, é possível notar uma trajetória de crescentes ações relacionadas à busca de melhorias na atenção à saúde da população brasileira. Sabe-se que o momento atual é de mudanças, e que novas perspectivas podem ser esperadas, porém, sobretudo é importante fomentar as discussões e convidar os diferentes atores a participarem desse processo de construção.

4.1.2. Banco de dados: Saúde Auditiva no Brasil e em São Paulo

No Brasil, nos últimos tempos, ocorreram avanços importantes na maneira de se coletar aos dados referentes ao SUS. Graças aos avanços na área da informática, por meio da internet, acessando o Departamento de Informática do SUS – DATASUS, órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde é possível coletar informações de todo o território nacional, tanto sobre os procedimentos ambulatoriais como dados administrativos.

Sabe-se que há um consenso tanto na literatura especializada, como nos relatórios e recomendações de Conferências de Saúde, oficinas de trabalho do SUS e eventos científicos sobre a importância desses sistemas de informação como ferramentas estratégicas para a avaliação de políticas de saúde (CARVALHO *et al*, 2004; BOSI e UCHIMURA, 2007). Na saúde auditiva isso não é diferente.

Após consulta ao Sistema de Informações Ambulatoriais, o SIA/SUS, sobre a produção ambulatorial em saúde auditiva referente ao primeiro semestre de 2004, pesquisadores verificaram que o atendimento a pessoa com deficiência auditiva estava fragmentado, sendo que apenas 16% dos 138 serviços credenciados para a

realização desse tipo de atendimento registravam todos os procedimentos relativos à deficiência auditiva da tabela SIA/SUS. Destes serviços, 25% apresentavam registro de um tipo de procedimento - apenas concessão de AASI ou diagnóstico ou terapia, porém não ofereciam atendimento integral (DAHER e PISANESCHI, 2007 apud BEVILACQUA *et al*, 2011b).

Esses dados impulsionaram mudanças e a reformulação da política de saúde auditiva no país, instituindo a PNASA em setembro de 2004, visando contemplar as ações desde a promoção da saúde até a terapia fonoaudiológica, ao longo da vida de um indivíduo.

Desde então, poucos estudos foram publicados mostrando novos dados desses levantamentos. Teixeira (2007) e Amaral (2009) acreditam que tais estudos possibilitariam o exame da implementação da PNASA e também a otimização dos recursos financeiros disponibilizados na área. Bevilacqua *et al* (2011b), no artigo “Contribuições para a análise da política de saúde auditiva no Brasil”, apresenta um apanhado geral de dados e informações, sendo que a forma de coleta e análise dos dados, apresentados nesta dissertação, seguiram orientações semelhantes.

De maneira geral, é importante lembrar que no final do ano de 2008, a tabela de procedimentos do SUS incorporou modificações como a alteração de nomenclatura e códigos, fato que modificou a definição dos procedimentos, porém as ações em si permaneceram inalteradas. Mais recentemente, outras modificações foram propostas devido às novas diretrizes do “Plano Viver sem Limite”, sendo que para esta análise, decidiu-se seguir ainda a classificação de estabelecimentos e códigos anteriores ao plano, visto que muitas modificações ainda estão em curso e a tabela de códigos mantém-se a mesma.

Para esta pesquisa realizou-se um pequeno recorte, sendo realizada primeiramente a escolha dos procedimentos de interesse e verificação dos códigos de cada um deles, antes e depois da tabela modificada, cujo resultado encontra-se exposto de maneira simplificada no quadro abaixo:

Quadro VII: Procedimentos selecionados para análise do presente estudo.

Procedimentos Até outubro/2007	Procedimentos A partir de novembro/2008
37040014 – Implante coclear	0404010148 – Implante coclear
1708224 – Ganho funcional	0211070033 – Audiometria em campo livre
1708225 – Ganho de inserção	0211070246 – Pesquisa de ganho de inserção
3901103 – Terapia fonoaudiológica individual em criança	0301070113 - Terapia fonoaudiológica individual
3901104 – Terapia fonoaudiológica individual em adulto	
3901105 – Acompanhamento paciente até 3 anos com AASI uni/bilateral	0301070032 – Acompanhamento paciente adaptado com AASI uni/bilateral
3901106 – Acompanhamento paciente maior de 3 anos com AASI uni/bilateral	
3901107 – Acompanhamento paciente maior de 15 anos com AASI uni/bilateral	
3901110 – Acompanhamento de criança com IC	0301070016 – Acompanhamento de paciente com IC
3901111 – Acompanhamento de adulto com IC	
3902101 – AASI externo retroauricular tipo A	0701030127 - AASI externo retroauricular tipo A
3902102 – AASI externo retroauricular tipo B	0701030135 – AASI externo retroauricular tipo B
3902103 – AASI externo retroauricular tipo C	0701030143 – AASI externo retroauricular tipo C
3902104 – AASI externo intra-auricular tipo A	0701030038 – AASI externo intra-auricular tipo A
3902105 – AASI externo intra-auricular tipo B	0701030046 – AASI externo intra-auricular tipo B
3902106 – AASI externo intra-auricular tipo C	0701030054 – AASI externo intra-auricular tipo C
3902107 – AASI externo intracanal tipo A	0701030062 – AASI externo intracanal tipo A
3902108 – AASI externo intracanal tipo B	0701030070 – AASI externo intracanal tipo B
3902109 – AASI externo intracanal tipo C	0701030089 – AASI externo intracanal tipo C
3902110 – AASI externo microcanal tipo A	0701030097 - AASI externo microcanal tipo A
3902111 – AASI externo microcanal tipo B	0701030100 - AASI externo microcanal tipo B
3902112 – AASI externo microcanal tipo C	0701030119 - AASI externo microcanal tipo C
3902113 – AASI externo de condução óssea convencional tipo A	0701030011 – AASI externo de condução óssea convencional tipo A
3902114 - AASI externo de condução óssea retroauricular tipo A	0701030020 – AASI externo de condução óssea retroauricular tipo A
3902201 - Reposição AASI externo retroauricular tipo A	0701030275 Reposição de AASI externo retroauricular tipo A
3902202 - Reposição AASI externo retroauricular tipo B	0701030283 Reposição de AASI externo retroauricular tipo B
3902203 - Reposição AASI externo retroauricular tipo C	0701030291 Reposição de AASI externo retroauricular tipo C
3902204 - Reposição AASI externo intra-auriculartipo A	0701030186 Reposição de AASI externo intra-auricular tipo A
3902205 - Reposição AASI externo intra-auriculartipo B	0701030194 Reposição de AASI externo intra-auricular tipo B
3902206 - Reposição AASI externo intra-auriculartipo C	0701030208 Reposição de AASI externo intra-auricular tipo C
3902207 - Reposição de AASI externo intra-canal tipo A	0701030216 Reposição de AASI externo intra-canal tipo A
3902208 - Reposição de AASI externo intra-canal tipo B	0701030224 Reposição de AASI externo intra-canal tipo B
3902209 - Reposição de AASI externo intra-canal tipo C	0701030232 Reposição de AASI externo intra-canal tipo C

3902210 - Reposição de AASI externo micro-canal tipo A	0701030240 Reposição de AASI externo micro-canal tipo A
3902211 - Reposição de AASI externo micro-canal tipo B	0701030259 Reposição de AASI externo micro-canal tipo B
3902212 - Reposição de AASI externo micro-canal tipo C	0701030267 Reposição de AASI externo micro-canal tipo C
3902213 - Reposição. AASI externo de condução óssea convencional tipo A	0701030160 Reposição de AASI externo de condução óssea convencional tipo A
3902214 - Reposição. AASI externo de condução óssea retroauricular tipo A	0701030178 Reposição de AASI externo de condução óssea retroauricular tipo A

Fonte: Elaborado pela autora. Códigos com base no Anexo da Portaria nº587, identificados na tabela de Procedimentos Unificada do SUS.⁶

Após o levantamento desses dados secundários, foi realizada a organização e a análise descritiva da produção dos atendimentos ambulatoriais registrados pelos serviços de saúde auditiva, com base na fonte de dados do Ministério da Saúde – item “Informações de Saúde”. Como os procedimentos pesquisados pelo estudo são realizados tanto nos domínios de Média como de Alta Complexidade dos serviços de saúde auditiva e como até o ano de 2007 o SIA-SUS não permitia a diferenciação da produção realizada nestes dois níveis de complexidade, optou-se por não fazer análises distintas a partir da variável complexidade do serviço.

O panorama partiu do nível nacional, para o local, ou seja, dados do Brasil e do município de São Paulo. A coleta no sistema foi realizada em fevereiro de 2013, o que tornou possível a análise completa até o final do ano de 2012 e parcial de 2013, sendo esta última excluída da análise, por não apresentar dados possíveis de interpretação.

Dessa forma, para análise da atenção à saúde auditiva, na perspectiva da intervenção audiológica, selecionou-se os seguintes parâmetros:

- Serviços responsáveis pela atenção à saúde auditiva;
- Procedimentos de concessão de AASIs e ICs;
- Procedimentos de verificação do benefício dos dispositivos, por meio do ganho de inserção e do ganho funcional;
- Quantitativo de acompanhamento fonoaudiológico de AASI e IC e terapia individual;
- AASIs dispensados e repostos, segundo a categoria tecnológica A, B ou C, classificados de acordo com o anexo IV da portaria nº 587 (Anexo 11) modificados

⁶ Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

no documento “Instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual” (Anexo 12).

A primeira análise buscou os serviços credenciados (cod 0302 - Diagnóstico/tratamento/reabilitação auditiva Média Complexidade (MC), cod 0303 - Diagnóstico/tratamento/reabilitação auditiva Alta Complexidade (AC) e cod. 0301 - Centros/núcleos realização implante coclear (IC)), chegando-se ao total de 180 habilitações no território nacional, com maior concentração na região sudeste (n=75) e menor na norte (n=9), sendo que nesta última, apenas um local é habilitado para a realização de ICs, conforme a tabela descritiva abaixo:

Tabela 2: Quantitativo de estabelecimentos habilitados por Região /UF

Região/UF	0301-IC	0302-MC	0303-AC	Total	Habitantes
Região Norte	1	2	6	9	15.864.454
Região Nordeste	6	18	21	45	53.081.950
Região Sudeste	12	28	35	75	80.364.410
Região Sul	4	20	15	39	27.386.891
Região Centro-Oeste	2	3	7	12	14.058.094
Total	25	71	84	180	190.755.799

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES⁷

Esse esvaziamento foi verificado no estudo de Carvalho e Monteiro (2010) que identificaram que em 2010, as regiões sul e sudeste haviam contemplado sua capacidade total das redes auditivas em funcionamento, enquanto que na região norte, essa capacidade era de apenas 25%. Esse estudo também evidenciou a necessidade de acompanhar a carências dessas regiões, além de investir em programas de divulgação, sistemas de infra-estrutura e mão de obra especializada.

Tendo em vista a proposta de habilitação dos centros, por meio da base populacional - proposta pela portaria nº 587 - nas regiões norte e centro-oeste o quantitativo de centros é bastante inferior se comparado às outras regiões, o que possivelmente dificulta o acesso ao atendimento e provoca um movimento para outras regiões.

⁷ Quantitativo de população por região, disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8&uf=00>

Tal movimento pode implicar em desconforto para os pacientes e seus familiares, menor adesão aos tratamentos, além de elevar os custos do tratamento com a mobilidade, uma vez que foi instituído pela portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, a garantia através do SUS, do “Tratamento Fora do Domicílio” (TFD), que consiste em uma ajuda de custo ao paciente, e em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica às unidades de saúde de outro município ou Estado da Federação, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2009).

Muitos pacientes inclusive vêm ao Estado de SP em busca de tratamentos e percorrem grandes distâncias, por não terem informações suficientes da existência de Centros mais próximos a sua residência. Historicamente SP é um polo importante, que oferece serviços a todo território nacional. Assim, seguindo apenas a lógica de base populacional, o município de São Paulo, atingiu sua capacidade máxima, porém ainda é insuficiente, se pensarmos na demanda, por ser um polo de atendimento dentro do Estado.

Seguindo a mesma categorização anterior, em relação ao município de São Paulo, até fevereiro de 2013, tem-se a seguinte distribuição:

Quadro VIII: Quantitativo de estabelecimentos habilitados no município de SP.

Município	0301 - IC	0302 – MC	0303 – AC
355030 São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> - HC da FMUSP Hospital das Clínicas de São Paulo - Hospital São Paulo Hospital de Ensino da UNIFESP São Paulo - Santa Casa de São Paulo Hospital Central São Paulo 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulatório de especialidade Penha Maurice Pate - Hospital da Santa Casa de Santo Amaro - Hospital Municipal Pirituba José Soares Hungria - Instituto CEMA de Oftalmologia e Otorrinolaringologia 	<ul style="list-style-type: none"> - Fundação São Paulo DERCIC - Hospital das clínicas da FMUSP Hospital das Clínicas de São Paulo - Hospital São Paulo Hospital de Ensino da UNIFESP São Paulo - Santa Casa de São Paulo Hospital Central São Paulo

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Os estabelecimentos no município, componentes do escopo desta pesquisa, por serem de Alta Complexidade, estão sob gestão municipal ou estadual, cuja natureza seria de entidade beneficente sem fins lucrativos ou administração indireta,

autarquia. As unidades são classificadas como Hospitais Gerais ou Centro de Especialidade, conforme descrito abaixo:

Quadro IX: Descritivo dos estabelecimentos de Alta Complexidade habilitados no município de SP.

CNES	Estabelecimento	Gestão	Competência Inicial	Natureza	Tipo de Unidade
2688530	Fundação São Paulo DERDIC	Municipal	out/05	Entidade beneficente sem fins lucrativos	Clínica/Centro de Especialidade
2078015	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP	Estadual	set/05	Administração indireta – autarquia	Hospital Geral
2077485	Hospital São Paulo Hospital de Ensino da UNIFESP	Estadual	out/05	Entidade beneficente sem fins lucrativos	Hospital Geral
2688689	Santa Casa de São Paulo Hospital Central	Estadual	out/05	Entidade beneficente sem fins lucrativos	Hospital Geral

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Se observarmos ainda a distribuição dos serviços no mapa do município, apesar de haver uma quantidade aparentemente suficiente de Centros, pensando na lógica apenas com base populacional, se comparado a outras regiões, ainda há alguns entraves como a concentração de muitos serviços de alta complexidade em regiões mais centrais da cidade, com difícil acesso àqueles que moram nas periferias e extremos da cidade.

Assim, atualmente compõem a rede municipal, oito serviços - entre Média e Alta Complexidade - sendo que na pactuação com a Secretaria Estadual de Saúde, foram estabelecidas referências para os municípios vizinhos de Osasco, Mogi das Cruzes e Registro (MANZONI e ALMEIDA, 2010).

Em relação ao quantitativo dos procedimentos de concessão de AASIs e ICs, os dados coletados trazem informações importantes a partir de 2004, com a instituição da PNASA e consequente cadastro das informações no sistema de dados do SUS, o que permite o acompanhamento dos números ao longo dos anos.

Identificou-se um crescimento tanto no número de AASIs, quanto na realização de cirurgias de ICs, conforme demonstrado na tabela e gráfico abaixo:

Tabela 3: Quantitativo anual de AASIs e ICs no Brasil⁸.

Ano	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
n IC	5	7	19	29	40	24	49	53	73	79	150
n AASI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ano	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		
n IC	183	239	234	350	424	479	626	701	711		
n AASI	12.607	113.983	104.059	134.194	162.239	157.417	176.821	194.092	201.557		

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Figura 9: Quantitativo de AASIs e ICs ao longo dos anos no Brasil.

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

⁸ Em relação ao IC, até maio de 2012 estas informações estão disponíveis como "Natureza" e "Regime". A partir de junho de 2012, estão como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".

No município de São Paulo, observa-se semelhante crescimento, sendo o quantitativo de cirurgias de ICs no município, bem significativo frente aos dados nacionais, conforme detalhamento na tabela e gráfico abaixo:

Tabela 4: Quantitativo anual de AASIs e ICs no município de SP.

Ano	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
n IC	-	-	1	4	6	3	7	16	10	18	48
n AASI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ano	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		
n IC	27	60	53	91	91	124	161	163	131		
n AASI	1.216	17.142	9.960	9.226	12.530	11.163	12.150	12.830	14.401		

Figura 10: Quantitativo de AASIs e ICs ao longo dos anos em SP.

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Em relação ao quantitativo dos procedimentos de verificação do benefício dos dispositivos, por meio do ganho de inserção (medida com microfone sonda, indicado para menores de três anos) e do ganho funcional (medida em campo livre), notou-se um aumento na realização desses procedimentos, porém tanto no território nacional, quanto municipal, ainda aquém do esperado, se comparado ao número de ICs e AASIs concedidos, conforme demonstrado nas tabelas abaixo:

Tabela 5: Quantitativo anual de realização do Ganho de inserção e Ganho funcional no Brasil.

ANO	Ganho funcional	%	Ganho inserção	%	Total	Cresc. %
2004	6.097	74%	2.135	26%	8.232	0,0%
2005	47.798	73%	17.621	27%	65.419	694,7%
2006	63.203	72%	24.582	28%	87.785	34,2%
2007	83.351	68%	38.426	32%	121.777	38,7%
2008	118.822	70%	51.428	30%	170.250	39,8%
2009	132.494	72%	50.420	28%	182.914	7,4%
2010	155.867	72%	61.213	28%	217.080	18,7%
2011	170.479	70%	72.213	30%	242.692	11,8%
2012	170.881	70%	74.316	30%	245.197	1,0%

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Tabela 6: Quantitativo anual de realização do Ganho de inserção e Ganho funcional no município de SP.

ANO	Ganho funcional	%	Ganho inserção	%	Total	Cresc. %
2004	17	85%	3	15%	20	0,0%
2005	2098	90%	238	10%	2336	11580,0%
2006	5155	80%	1319	20%	6474	177,1%
2007	5604	67%	2737	33%	8341	28,8%
2008	9717	76%	3110	24%	12827	53,8%
2009	9207	71%	3815	29%	13022	1,5%
2010	11085	72%	4332	28%	15417	18,4%
2011	14703	76%	4765	24%	19468	26,3%
2012	11962	70%	5123	30%	17085	-12,2%

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

No município de SP nota-se uma redução na realização desses procedimentos na comparação do quantitativo de 2012 em relação ao ano anterior, mesmo com o crescimento na concessão de AASIs, que é uma tendência contrária ao esperado.

O ganho de inserção, procedimento imprescindível, no caso de crianças muito pequenas e bebês, ocorre em porcentagem muito menor, porém não se pode justificar a não realização deste procedimento pela falta de equipamento, pois este é obrigatório nos serviços, nem por falta de capacitação dos recursos humanos, pois muitos centros são vinculados, inclusive, à instituições de ensino. Assim, levanta-se a hipótese que os profissionais não estão suficientemente seguros para realizar este procedimento, não encontram tempo suficiente para a verificação ou mesmo não sentem necessidade técnica.

Esses dados fornecem uma visão global da realização dos procedimentos, porém sabe-se que alguns serviços realizam apenas um dos procedimentos, ou dão preferência para um deles, de acordo com a necessidade técnica dos procedimentos. Assim, sem analisar os dados por serviço, torna-se inviável tirar conclusões seguras a respeito dos reais motivos de tal diminuição.

De qualquer maneira, os serviços de saúde auditiva precisam garantir de algum modo - à pessoa com deficiência auditiva - o melhor uso possível do seu resíduo auditivo, portanto, precisam oferecer um processo de reabilitação que garanta não só a seleção, adaptação e verificação dos AASIs e/ou ICs, mas também o acompanhamento periódico para o monitoramento audiológico e a terapia fonoaudiológica.

O acompanhamento audiológico é um procedimento periódico que consiste em avaliações otorrinolaringológicas e audiológicas, com os seguintes objetivos: verificar possíveis alterações nas características audiológicas do paciente, necessidade de ajustes nos moldes auriculares ou nas características eletroacústicas do AASI, e orientar o paciente e seus familiares quanto ao uso desse dispositivo. A periodicidade do acompanhamento depende da idade do indivíduo (ARAÚJO *et al*, 2011).

Para encontrar o quantitativo desses acompanhamentos de AASIs, ICs e terapia fonoaudiológica individual, foram agrupados os valores que anteriormente a mudança da tabela de procedimentos, especificava a idade dos pacientes, separando-os em criança ou adulto. É perceptível uma proporção de acompanhamentos de ICs menor que os demais e um quantitativo de acompanhamentos de AASIs que não condiz com o esperado, porém que pode estar limitado devido ao valor teto estabelecido para cada serviço.

Pode-se pensar que o número de AASIs adaptados, ao longo dos anos, tem sido de maneira bilateral e como o registro do acompanhamento independe do paciente possuir um ou dois AASIs, esta seria uma justificativa plausível, porém mesmo assim, esta proporção não estaria em consonância com o estipulado pelas normas. Assim, a hipótese mais provável é que os pacientes não estão retornando aos serviços para realizar terapia e/ou acompanhamento ou o teto físico estabelecido está limitando o número de retornos. Esses dados são expostos nas tabelas abaixo:

Tabela 7: Quantitativo da realização de terapia e acompanhamento no Brasil.

ANO	Acompanhamento de paciente - IC	%	Acompanhamento de paciente - AASI	%	Terapia Fonoaudiológica Individual	%	Total
2004	181	1,5%	8.176	68,3%	3.605	30,1%	11.962
2005	1.098	0,9%	48.775	38,1%	78.151	61,0%	128.024
2006	1.468	0,7%	54.832	27,6%	142.369	71,7%	198.669
2007	1.395	0,5%	59.834	21,8%	212.655	77,6%	273.884
2008	2.636	0,5%	77.556	14,0%	472.944	85,5%	553.136
2009	3.411	0,5%	88.334	13,8%	550.415	85,7%	642.160
2010	3.768	0,5%	95.791	12,9%	642.725	86,6%	742.284
2011	4.470	0,5%	109.067	12,9%	733.100	86,6%	846.637
2012	5.309	0,6%	125.883	14,7%	727.093	84,7%	858.285

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Tabela 8: Quantitativo da realização de terapia e acompanhamento no município de SP.

ANO	Acompanhamento de paciente - IC	%	Acompanhamento de paciente - AASI	%	Terapia Fonoaudiológica Individual	%	Total
2004	0	0,0%	155	100,0%	0	0,0%	155
2005	101	0,9%	2.029	17,2%	9.684	82,0%	11.814
2006	301	1,9%	3.112	19,3%	12.679	78,8%	16.092
2007	418	2,5%	2.851	17,3%	13.227	80,2%	16.496
2008	2.111	1,5%	27.267	19,0%	114.367	79,6%	143.745
2009	2.752	1,8%	28.362	18,5%	122.349	79,7%	153.463
2010	2.908	1,8%	26.239	15,9%	135.718	82,3%	164.865
2011	3.275	1,7%	29.398	15,6%	155.632	82,6%	188.305
2012	3.644	1,9%	32.762	17,5%	150.750	80,5%	187.156

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Supõe-se que um serviço pode até possuir recursos físicos, materiais e humanos para realizar mais acompanhamentos, porém o teto financeiro estabelecido limita a realização dos procedimentos. Aparentemente o número estabelecido, em 2008, como teto para cada serviço - passando de FAEC para MAC - não condiz com o número de adaptações realizadas. Essa dificuldade poderia talvez ser solucionada ou melhor equalizada, caso houvesse o aumento do teto ou um adequado fluxo para a contra-referência, sendo esta última mais condizente com o preconizado nas portarias, levando o acompanhamento mais próximo a residência dos usuários, melhorando a acessibilidade.

Essa acessibilidade por parte do usuário, diz respeito à adequação entre a oferta e a demanda pelos diferentes serviços, envolvendo a disponibilidade dos serviços, o deslocamento geográfico necessário para chegar a eles, a possibilidade de pagamento, aceitabilidade das ações oferecidas e comodidade ou acesso sócio-organizacional (PEREIRA, 2006).

Outro fator seria qualificar a contra-referência para receber essa demanda. Muitas vezes os serviços de menor complexidade, não têm equipamentos adequados e/ou não possuem profissionais suficientemente capacitados para realizar os procedimentos, como terapia de pessoas com deficiência auditiva, incluindo crianças e bebês, bem como regulagens de AASIs e mapeamento de ICs.

Segundo FRANTINI (2007) a tendência da rede de atenção à saúde, no município de São Paulo, é disponibilizar o trabalho de reabilitação auditiva próximo ao domicílio da criança, com retornos periódicos aos serviços, para o acompanhamento. Pensando na integralidade, nas suas dimensões, de assistência curativa e de recuperação, a garantia da referência e da contra-referência necessita estar organizada, num fluxo entre ambulatorios e hospitais, incluindo unidades e procedimentos nos diversos níveis de complexidade, tendo a definição dos fluxos e os percursos compatibilizados com a demanda de cada região.

Quanto aos AASIs dispensados e repostos, segundo as categorias tecnológicas, percebe-se que nem a nível nacional, nem local, o quantitativo de 50%, 35% e 15% é respeitado pelos Centros, sendo identificado um número relativamente menor de concessão de AASIs da categoria A do que seria esperado, conforme tabelas abaixo:

Tabela 9: Quantitativo da distribuição de AASIs por categoria, ao longo dos anos, no Brasil.

ANO	AASI						TOTAL AASI	REPOSIÇÃO			TOTAL REP.	TOTAL
	TIPO A	%	TIPO B	%	TIPO C	%		TIPO A	TIPO B	TIPO C		
2004	5.970	49%	4.377	36%	1.912	16%	12.259	218	104	26	348	12.607
2005	53.049	49%	39.256	36%	17.054	16%	109.359	2.916	1.243	465	4.624	113.983
2006	44.178	44%	37.071	37%	18.693	19%	99.942	1.950	1.374	793	4.117	104.059
2007	54.800	43%	45.320	36%	26.551	21%	126.671	3.559	2.404	1.560	7.523	134.194
2008	57.370	38%	57.225	38%	37.070	24%	151.665	3.889	3.919	2.766	10.574	162.239
2009	51.750	36%	55.109	39%	36.145	25%	143.004	5.533	4.895	3.985	14.413	157.417
2010	57.911	37%	58.194	37%	40.751	26%	156.856	8.271	6.802	4.892	19.965	176.821
2011	65.529	39%	60.803	36%	41.961	25%	168.293	10.869	8.735	6.195	25.799	194.092
2012	63.573	37%	65.415	38%	41.089	24%	170.077	12.102	11.885	7.493	31.480	201.557

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Tabela 10: Quantitativo da distribuição de AASIs por categoria, ao longo dos anos, em SP.

ANO	AASI						TOTAL AASI	REPOSIÇÃO			TOTAL REP.	TOTAL
	TIPO A	%	TIPO B	%	TIPO C	%		TIPO A	TIPO B	TIPO C		
2004	663	55%	493	41%	57	5%	1.213	3	0	0	3	1.216
2005	9.705	57%	6.392	38%	833	5%	16.930	152	52	8	212	17.142
2006	3.217	33%	4.825	50%	1.646	17%	9.688	135	116	21	272	9.960
2007	2.074	23%	5.094	57%	1.733	19%	8.901	93	167	65	325	9.226
2008	2.250	19%	6.638	57%	2.807	24%	11.695	262	438	135	835	12.530
2009	2.126	20%	6.272	60%	2.066	20%	10.464	274	265	160	699	11.163
2010	2.368	22%	6.388	58%	2.224	20%	10.980	397	514	259	1.170	12.150
2011	2.523	22%	6.513	56%	2.501	22%	11.537	413	605	275	1.293	12.830
2012	3.276	27%	6.942	57%	2.043	17%	12.261	486	1.297	357	2.140	14.401

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

De maneira geral, comparando-se a tabela de características dos AASIs do anexo IV da portaria nº 587 ao mais recente instrutivo, verifica-se alguns avanços como: todos os aparelhos - não importando a categoria - devem possuir tecnologia digital, compressão não linear, com no mínimo dois canais de ajuste e gerenciador de microfonia, o qual permite adaptações abertas; sistema de adaptação CROS; conectividade sem fio e maior número de recursos tecnológicos na categoria C (Anexos 11 e 12).

Em SP nota-se ainda que desde 2006, o número de indicações de aparelhos pertencentes à categoria A diminuiu e mantém-se entre 19% e 33%, muito distante dos 50% recomendados pela portaria, sendo que no novo instrutivo esta mesma

distribuição permanece, apenas com modificações de recursos tecnológicos. Um motivo elencado pode ser a defasagem dos aparelhos desta categoria, em relação aos avanços tecnológicos ocorridos e que até aquele momento não haviam sido incorporados ao portfólio de concessão do SUS.

Particularmente, no município de São Paulo, foi realizado em 2008 um acordo entre os serviços e a Secretaria Municipal de Saúde, para modificar a porcentagem de distribuição dos AASIs segundo as categorias tecnológicas. Por meio de um acordo com o grupo técnico, com base em série histórica, ficou estabelecido que a distribuição passaria a respeitar a seguinte lógica: 30% A, 50% B e 20% C.

Nota-se então, que esses dados secundários, provenientes do banco de dados do MS, por serem de fácil acesso e disponibilizar informações de todo o território nacional ou específico de um município, tornam-se bons aliados na análise de ações políticas. Com os dados em mãos, é possível levantar hipóteses, porém deve-se considerá-las com cautela, tendo em vista que os dados estão suscetíveis a erros de digitação e inconsistências, que podem interferir na confiabilidade das informações obtidas.

Para tentar confirmar ou refutar as hipóteses, de maneira mais fidedigna e precisa, esses dados podem ser analisados em conjunto com outras estratégias de coleta de dados, como descrito a seguir.

4.2. DADOS PRIMÁRIOS

Os dados primários que fazem parte do estudo foram separados e detalhados da seguinte forma: observação dos fóruns regionais de saúde auditiva; caderno de campo e representações sociais dos profissionais que compõem as equipes de saúde auditiva, dos três Centros pesquisados.

4.2.1. Observações dos Fóruns Regionais em Saúde Auditiva

É preciso ressaltar os espaços de relação e negociação utilizados pelos sujeitos no processo de construção dos discursos da ação política, sendo que:

Em alguma medida também se destacariam os ringues informais de negociação, como algumas redes de movimentos sociais que exercem interação mais direta com as instituições formais. Mas o que é possível extrair da análise destes espaços? Até onde eles nos munem de elementos para a análise da política tal como ela é? (BAPTISTA e MATTOS, 2011 p. 75 e 76).

No município de São Paulo, como já mencionado, existem cinco regiões de saúde, sendo que três delas - CRS Sudeste, CRS Sul e CRS Leste - se organizam com certa periodicidade para realizar os “Fóruns Regionais de Saúde Auditiva”, que seriam talvez considerados um dos “ringues de negociações” dos profissionais da saúde.

Não há uma regularidade na realização das reuniões, porém foi comentado que a mesma ocorre cerca de uma a três vezes durante o período de um semestre, dependendo da região e da necessidade, fato que se confirmou com a distribuição das reuniões observadas no período pré-estabelecido como destinado à coleta de campo, de julho a dezembro de 2012, conforme demonstrado no quadro abaixo e detalhamento no Anexo 13.

Quadro X: Demonstrativo da distribuição dos fóruns regionais durante o período de observação.

Data	Região (CRS)	Local da Reunião
24/08/2012	Leste	NISA Dr. Maurice Patê - Penha
07/12/2012	Leste	NISA Dr. Maurice Patê - Penha
29/08/2012	Sul	DERDIC / PUC-SP
28/12/2012	Sul	DERDIC / PUC-SP
04/10/2012	Sudeste	Coordenadoria de Saúde Sudeste

Diferentes equipamentos de saúde administrados pelo Estado, município, e Organizações Sociais (OSs) entre eles: NASF, NIR, UBS, AE, NISA e Hospitais, diretamente envolvidos com a saúde auditiva, participam deste fórum regional. Notou-se certo esvaziamento quanto à participação dos membros de dois serviços de

Alta Complexidade do município, em dois CRS diferentes, que são referência para a região.

Para entender melhor a rede de atenção à saúde auditiva até então estabelecida na cidade de São Paulo, anteriormente a criação dos CERs, Manzoni e Almeida (2010 p. 80) apresentaram o seguinte quadro:

Quadro XI: Rede de atenção à saúde auditiva na cidade de São Paulo.

Coordenadoria	Supervisão de Saúde	Nisa I de referência	Serviços de MC- Nisa II	Serviços de AC
Centro-Oeste	Butantã/Pinheiros Sé Lapa	AE Peri Peri UBS Sta. Cecília AE Lapa	Hospital das Clínicas	Hospital das Clínicas
Norte	Freg. do Ó/Brasilândia Pirituba/Perus CVI Cachoeirinha Santana/Jaçanã V. Maria V. Guilherme	AE Freguesia do Ó AE Pirituba UBS Casa Verde Baixa AE Tucuruvi	AE Pirituba	DERDIC
Sul	Campo Limpo M'boi Mirim Parelheiros Socorro S. Amaro/C. Ademar	AE Pirajussara AE Ibirapuera AE Milton Aldred Sto Amaro	Sta. Casa Sto. Amaro	DERDIC
Sudeste	V. Mar/Jabaquara Ipiranga V Prud/Sapopemba Moococa/Arricanduva Penha	AE Ceci AE F. Gianotti AE Italo Le Vocci AE Penha	CEMA AE Penha	UNIFESP Sta. Casa de SP
Leste	S. Miguel Itaim Paulista Ermelino Itaquera São Mateus C. Tiradentes Guaianases	AE Tito Lopes UBS N. S. Aparecida AE Jd. S. Carlos	AE Penha	Sta. Casa de SP

Fonte: Manzoni e Almeida (2010 p. 80) In: BEVILACQUA *et al*, 2010.

Um folder de divulgação dos locais de atendimento em São Paulo, NIRs e NISAs, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde, também traz essa distribuição por regiões (Anexo 14).

Os atores que circulam nesse espaço, têm diferentes funções - coordenador de serviço, representante da SMS, representante da CRS, gerente de UBS, psicólogo, técnico em sistemas de informação (Tecnologia da Informação - TI), educadora em saúde, assistente social, secretária administrativa, entre outras - mas a maioria eram pessoas que realizam funções mais clínicas, implicados diretamente nos atendimentos, com o cargo de fonoaudiólogo, associado ou não à área de gestão.

De maneira geral, eles são organizados e coordenados por funcionários da SMS, juntamente com os coordenadores de cada serviço, que aparecem como voz ativa na proposta de temas para a discussão. Em alguns momentos, raros, porém presentes percebe-se certa hierarquia nas relações estabelecidas, como se aquele que provém maior número de ações na Alta Complexidade tivesse maior poder juntamente à Secretaria de Saúde frente aos demais.

As reuniões tem caráter informal e surgiram a partir da própria iniciativa dos serviços juntamente com as Coordenadorias e Supervisões de Saúde, que verificaram a necessidade de possuir um local para diálogo e pactuações. Essencialmente, seria um espaço aberto a participação de todos, com igual distribuição da palavra e poder decisório.

Não configuraram, nesse espaço, representantes de movimentos sociais ou mesmo membros diretos do Estado ou Federação, tampouco equipamentos pertencentes a outros setores que não estivessem ligados diretamente à saúde. Em apenas um encontro houve a participação de convidados da área da educação, que foram expor a oferta de serviços prestados a pessoas com deficiência, de maneira geral e, em especial, as pessoas com deficiência auditiva.

Feuerwerker (2011) ressalta que na relação com outros equipamentos e secretarias, é importante reconhecer que é preciso produzir sentidos e valores compartilhados. Não basta fazer circular papéis e encaminhamentos. A linguagem, o modo de operar e as prioridades, às vezes, são distintas, então é necessário produzir uma agenda comum, operar micropoliticamente, favorecendo os encontros e potencializando as ações.

Segundo Manzoni e Almeida (2010, p.78 e 79) a finalidade dos fóruns é “realizar o acompanhamento regional da PNASA, na medida em que permitem o aprimoramento dos fluxos, discussão de casos, comprometimento dos diversos atores envolvidos e equacionamento conjunto das dificuldades, fortalecendo o funcionamento em rede”.

Sete principais temas permearam as discussões, repetidas vezes, nas diferentes reuniões e nos variados encontros, a saber: 1. entrada dos usuários em diferentes serviços, simultaneamente; 2. atrasos ou falta de documentação para o atendimento; 3. critérios para reposição e assistência técnica das empresas fornecedoras de AASIs; 4. referência e contra-referência; 6. equacionamento de vagas; 5. concessão de benefícios e 7. inclusão de sistemas FM.

A partir das discussões levantou-se a hipótese de que a entrada dos pacientes em diferentes serviços se justificaria talvez pela demora na convocação, o que gera a busca por outros serviços. Manzoni e Almeida (2010) afirmam que já em 2006, durante reunião com o Grupo Técnico de Saúde Auditiva, havia relato de que os usuários deslocavam-se para diversos serviços e ingressava em várias filas de espera, até conseguir o tratamento necessário, que em alguns casos poderia ser resolvido em serviços de menor complexidade. A inscrição em várias filas, por sua vez, acabava resultando no recebimento de aparelhos auditivos em mais de um serviço.

Assim, o usuário circularia dentro da rede, tentando identificar a melhor, mais fácil e rápida porta de acesso. Outro fator que favorece essa conduta seria que alguns serviços, de Alta Complexidade, são considerados “porta aberta”, ou seja, atendem pessoas oriundas de todo o território nacional, cuja falta de um sistema de informações único, dificulta a identificação dessas duplicidades, caso os serviços não sejam municipalizados.

Cecílio (1997) já colocava há alguns anos, a necessidade de se explorar de outra maneira a organização das portas de entrada, a fim de identificar realmente o caminho que os usuários fazem para acessar os serviços. O autor coloca que:

não adianta mais insistir na ideia de que o modelo da pirâmide é ótimo e que só nos falta implantá-lo definitivamente para que tudo fique bem para os usuários. Pelo contrário, é necessário pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema, redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e

de gestão que consigam viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas. Daí que se propõe um “arredondamento” da pirâmide, num movimento sutil, mas determinado, que, quebrando seus duros ângulos, levemos a conceber o sistema de saúde como a mais perfeita forma geométrica conhecida pelos homens: o círculo! (Ibidem, p. 474)

Ainda em relação ao acesso, houve o relato de dificuldades nos atendimentos, pois os pacientes muitas vezes chegam aos serviços sem os documentos necessários e/ou atrasados. Em uma das situações, a hipótese levantada foi que o horário estipulado (7h30) para o início dos atendimentos era inviável, visto que os usuários precisam percorrer longas distâncias e algumas vezes não são orientados de forma adequada quanto à documentação necessária. Para tanto, surge a sugestão de utilizar uma filipeta com as informações necessárias e modificar o horário da entrada para atendimento no serviço em questão.

Sobre os critérios de reposição e as dificuldades relacionadas à assistência técnica dos AASIs, os diferentes atores relatam que por vezes o valor estimado para conserto é elevado demais para as condições financeiras dos pacientes. Aqui, surge o questionamento de qual seria o valor para reparo que justificaria uma reposição. Notou-se que este é um critério muito particular de cada serviço.

No “Novo Instrutivo” lançado em abril de 2013, no item 5.7, é indicado que a reposição ocorra nas seguintes situações:

- Perda auditiva progressiva comprovada, quando não houver possibilidade de regulagem do AASI anteriormente adaptado;
- Perda, furto ou roubo devidamente comprovado com Boletim de Ocorrência;
- Falha técnica do funcionamento dos componentes internos e/ou externos do AASI, findo o prazo de garantia de fábrica do AASI, não havendo possibilidade de manutenção e mediante relatório da assistência técnica, devidamente validado pelo responsável técnico do serviço.

Os critérios permanecem os mesmo da antiga Portaria nº 587, apenas com mais especificações em relação à necessidade do Boletim de Ocorrência e relatório de assistência técnica, devidamente validado.

No município de São Paulo, em reunião do Grupo Técnico ocorrida em 22 de setembro de 2009, foi consenso que o prazo mínimo de reposição deveria ser de

dois anos para crianças até 12 anos e quatro anos para adultos, embora a portaria possibilite um ano (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2011).

Em relação à assistência técnica dos AASIs pelas empresas, sabe-se que recentemente a Portaria nº 971 possibilita reparos e manutenções, incluindo-os na Tabela de Procedimentos do SUS, com códigos específicos. Porém, este assunto não foi abordado ou discutido durante a colocação da problemática nos fóruns.

O tema das dificuldades quanto à realização da contra-referência, também fez parte das discussões nos fóruns. Os serviços colocam que a contra-referência não tem acontecido e dão a sugestão de vincular a entrega da pilha dos AASIs ao retorno e, de solicitar que o paciente sempre venha acompanhado, para garantir a efetividade na comunicação.

Sobre o equacionamento da oferta de vagas pela Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), houve uma grande discussão sobre a falta de vagas ou a má distribuição das mesmas. Sabe-se que a partir das reuniões do grupo técnico, foram pactuadas e reguladas vagas regionalizadas para os oito serviços na cidade. Em 2010, o acesso regionalizado dos munícipes aos serviços de saúde auditiva estava sendo realizado por meio da regulação de aproximadamente 180 vagas/mês (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2011).

O tema dos benefícios sociais, como o passe livre para o transporte público, foi abordado durante um dos fóruns. O serviço relata que os pacientes o procuram para refazer seus exames, apenas porque necessitam de um laudo atual sobre sua deficiência, não sendo claro quais seriam os critérios para simplesmente renovar os benefícios, por meio de um documento atestando a deficiência, cuja validade seja indeterminada.

O passe livre de abrangência nacional foi regulamentado pela lei 8.899 de 29 de junho de 1994 e outras leis complementares. Esta lei concede o passe livre para portadores de deficiência em transporte coletivo interestadual. Além dos documentos de identificação, é necessária comprovação de renda *per capita* inferior ou igual a um salário mínimo e o laudo da equipe multiprofissional vinculada ao SUS, comprovando a deficiência ou incapacidade do interessado (BRASIL, 2000b).

A importância desses laudos é discutida e chega-se ao consenso de que este não deve paralisar, que as normas não devem interferir nos cuidados. O uso da

Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), como um importante movimento poderia, um dia, complementar o Código Internacional de Doenças (CID) e ampliar os olhares e o conhecimento.

Isso porque a CIF tem como objetivo avaliar a funcionalidade e incapacidade associada ao estado de saúde do indivíduo. Enquanto a CID tem o eixo etiológico, anatômico, a CIF avalia as consequências de estado de saúde, atualmente chamado de componente de saúde. Poderia correlacionar-se então, o CID como o mais utilizado para diagnóstico, numa visão médica, e a CIF para classificar a função, mostrando uma visão mais ampliada (NUBILA, 2008).

Essa autora refere ainda que dentro da CIF, a deficiência é um problema na função, ou na estrutura do corpo. A doença levaria à deficiência, e essa por sua vez, levaria a limitações de atividades e restrições de participação dentro de um contexto, sendo o fato mais interessante e novo em relação ao que se pode construir dentro de um modelo de classificação, que é a inserção de fatores contextuais, como os fatores ambientais e pessoais.

Assim, a CIF remete a uma alteração do modelo médico para o modelo social, o qual esclarece que o fator limitador é o meio em que a pessoa está inserida e não a deficiência em si. Tal abordagem deixa claro que as deficiências não indicam, necessariamente, a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente. Assim, a falta de acesso a bens e serviços deve ser solucionada de forma coletiva e com políticas públicas estruturantes para a equiparação de oportunidades (BRASIL SDH, 2010).

Outro recurso mencionado, trazido a discussão por membros do Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão (CEFAI), foi o Sistema de Frequência Modulada (FM), cuja inclusão no SUS prevê uma parceria entre os Ministérios da Educação e Saúde. No Novo Instrutivo, torna-se obrigatório a presença de entrada direta de áudio (DAI) nos AASIS e possibilidade de conectividade sem fio - na categoria C - que possibilita o uso de “acessórios *wireless*” (apesar de não prever a inclusão da concessão desses via SUS).

Ainda recentemente, foi aprovado pelo MS - Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (DGITS/SCTIE) Comissão Nacional de Incorporação de

Tecnologias no SUS (CONITEC) no relatório nº 58, a incorporação do FM- “equipamento que possibilita a acessibilidade da criança e/ou jovem com deficiência auditiva na escola” (BRASIL, 2013d).

Segundo Martinha Clarete Dutra dos Santos, diretora de Políticas de Educação Especial do Ministério da Educação; e Vera Lúcia Ferreira Mendes, coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde, durante uma mesa redonda no EIA 2013, em Salvador, os kits de FM estarão disponíveis para todas as crianças que utilizam AASIs ou ICs e estão cursando o Ensino Fundamental I e II, ou Ensino Médio (na faixa etária de 5 a 17 anos).

Tais ações foram formalmente autorizadas por meio das portarias nº 21, de 07 de maio de 2013, que incorpora o FM e nº 1.274, de 25 de junho de 2013, que inclui o Procedimento de FM na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS.

Esta possibilidade de uso de tecnologia assistiva na inclusão escolar faz parte de um dos três eixos estruturantes do novo plano “Viver sem Limite”, além disso está previsto a formação de professores e melhorias na infra-estrutura, a fim de tornar o ambiente mais apropriado a autonomia e independência das pessoas com deficiência.

Por fim, quando encerrado cada fórum, era pactuado entre todos o que era discutido e decidido, porém, aparentemente, poucas vezes havia uma ata como produto final. A pauta algumas vezes era pré estabelecida, mas nem sempre esta era seguida, pois novos assuntos vinham à tona, de acordo com os fatos mais urgentes. Ao final, normalmente havia divisões de tarefas, com datas pré-estabelecidas para a apresentação de resultados e, para encerrar, eram sugeridas possíveis datas e locais para o próximo encontro, sempre buscando a maior participação de todos.

Percebeu-se que toda comunicação era feita basicamente via email e organizada por funcionários da SMS, responsáveis pela atenção básica no município, juntamente aos coordenadores de cada CRS e com os serviços.

Na leitura cuidadosa de todas as observações, nota-se que algumas regiões estão mais avançadas em suas discussões e em seu poder resolutivo, porém, alguns problemas são transversais e atingem todas as regiões, como a regulação de vagas e a referência e contra-referência. De maneira geral, nota-se uma discussão muito focada

no operacional, na organização dos fluxos e estrutura dos serviços, com pouca discussão política ou direcionada mais a linha de cuidados.

Mesmo em plena implementação do “Plano Viver Sem Limite”, raros foram os momentos em que essas mudanças fizeram parte da discussão. Poucos participantes estavam a par das modificações e, em nenhum momento foram discutidas propostas de sugestões aos documentos lançados. Tampouco se esclareceu as possíveis alterações organizacionais que influenciariam diretamente nos fluxos, o que deixa a impressão que há uma falha de comunicação entre os níveis federal, estadual e municipal e mesmo dentro de cada um deles.

De qualquer maneira, a iniciativa dos fóruns mostrou-se louvável e apesar de pouco explorar as questões mais políticas, é aparentemente um espaço de encontro e diálogo, que favorece e acrescenta de maneira significativa as ações em saúde auditiva.

4.2. 2. Caderno de campo

O caderno de campo acompanhou todo o estudo e permitiu anotações de impressões e registro de relatos que não estão contemplados nos discursos gravados. É perceptível que o gravador, durante as entrevistas, por mais descontraída que ela fosse, de certa forma inibia os sujeitos, que após perceberem que o gravador havia sido desligado iniciavam um discurso mais fluido e, algumas vezes, apresentavam inclusive um tom de desabafo.

Desta forma, muitas das impressões e interpretações também foram de algum modo influenciadas por estes relatos, antes e após as gravações, que enriqueceram as percepções da pesquisadora. Essas impressões auxiliaram na escolha das categorias dos DSC.

O caderno de campo foi utilizado ainda durante a espera pelas entrevistas. Assim, enquanto aguardava o momento do encontro com os profissionais, algumas situações e cenas inusitadas foram acompanhadas na sala de espera das diferentes Instituições, como:

- Usuários que esqueciam documentos e, conseqüentemente, encontravam empecilhos para o atendimento;
- Usuários que compareciam ao serviço desacompanhados e que apresentavam muita dificuldade, mesmo durante o diálogo com as recepcionistas;
- Fornecimento, pelas recepcionistas, de informações equivocadas;
- Sala de esperas superlotadas, com várias pessoas falando ao mesmo tempo, o que dificultava a comunicação com os usuários;
- Profissionais literalmente correndo, para atender a grande demanda que aguardava na sala de espera;
- Usuários que não conseguiam obter as informações que precisavam e desistiam;

Porém, algumas boas constatações também foram realizadas, como:

- Profissionais que se sensibilizavam com alguns casos e davam prioridade no atendimento;
- Alunas de graduação e pós-graduação discutindo casos clínicos;
- Ambientes de espera que contavam com recursos lúdicos para as crianças e televisores, mostrando-se acolhedores;
- Usuários bem informados, que conseguiam discutir com as recepcionistas sobre seus direitos e benefícios.

Assim, observou-se que existem diferenças em relação à estrutura física e de recursos humanos entre as Instituições visitadas.

4.2.3 Representação social dos profissionais

São os sujeitos que fazem a história. Partimos do reconhecimento de que nenhuma política prescinde da participação de sujeitos e que existem diferentes inserções dos mesmos no debate político. Os sujeitos são detentores de saber e exercem seu poder na mediação com os outros sujeitos, que se organizam em grupos, definem organizações e instituem práticas (BAPTISTA e MATTOS, 2011 p.70 e 71).

4.2.3.1. Perfil dos entrevistados

Foram entrevistados 47 sujeitos, todos implicados nos cuidados da atenção à saúde auditiva, respeitando os critérios de elegibilidade estabelecidos. A grande maioria era do sexo feminino (89%), predominante da faixa etária de 30 a 50 anos (45%), coincidindo com a idade economicamente ativa.

Dentre os participantes da pesquisa, 60% estavam há mais de cinco anos na Instituição, com cargo efetivo e/ou com vínculo estudantil, visto que todas as Instituições que compunham a amostra também possuem atividades acadêmicas vinculadas à assistência.

A carga horária variou entre 16 e 40 horas semanais, cuja execução das atividades estavam relacionadas à docência, à supervisão clínica, a funções administrativas e à assistência, propriamente dita. A maioria que relatou menor carga horária possuía o cargo de médico ou assistente social.

Muitos dos profissionais (74%) também trabalhavam em outro local, exercendo na maioria das vezes, atividades semelhantes à desempenhada na Instituição pesquisada. Durante os relatos, observou-se que essas atividades serviam também de parâmetros e comparações quando se questionava a relação das normas com as práticas. Os entrevistados remetiam-se a antigas experiências e vivências além das atuais e locais.

Na tabela abaixo é possível verificar os valores correspondentes a cada variável pesquisada:

Tabela 11: Distribuição das variáveis.

Variável		n	%
Sexo	Feminino	42	89%
	Masculino	5	11%
Idade	Até 30 anos	12	25%
	De 30 a 50 anos	21	45%
	Mais que 50 anos	14	30%
Tempo na Instituição	Até 5 anos	19	40%
	De 5 a 10 anos	14	30%
	Mais que 10 anos	14	30%
Carga Horária	> 20 horas	28	60%
	≤ 20 horas	19	40%
Outro Trabalho	Sim	35	74%
	Não	12	26%

Quanto à profissão exercida, encontrou-se uma predominância de fonoaudiólogos (62%), visto que para a formação da equipe mínima já era previsto maior número de profissionais com esta formação. Os fonoaudiólogos eram tanto funcionários efetivos, quanto estudantes de pós-graduação, que exerciam atividades variadas.

Os três coordenadores entrevistados também possuíam a formação acadêmica de fonoaudiólogo, sendo que a maioria exercia menos horas na assistência aos pacientes. Porém, todos relataram a necessidade de envolvimento direto com os atendimentos, como maneira de entender e estar próximo à realidade dos serviços.

O fonoaudiólogo dentro do serviço de atenção à saúde auditiva tem diferentes papéis, entre eles: a avaliação audiológica, para fins diagnósticos; seleção, adaptação e verificação de AASIs e ICs, acompanhamento e terapia de pessoas com deficiência auditiva; orientação e acolhimento dos pacientes e familiares, bem como a promoção e proteção da saúde auditiva. A prática desses profissionais pode incluir ainda o desenvolvimento de pesquisas, a gestão de serviços e a formação profissional (BEVILACQUA *et al*, 2008).

A segunda classe profissional em maior número nesta amostra (15%) foi de médicos, sendo distribuída a especialidade entre otorrinolaringologistas/foniatra (n=6) e neuropediatra (n=1).

A otorrinolaringologia, especialidade médica de atuação clínica e cirúrgica nas doenças dos ouvidos, nariz e cavidades paranasais, bem como na faringe e na laringe, é a principal atuante na deficiência auditiva. A definição do diagnóstico e da conduta terapêutica são de responsabilidade do otorrinolaringologista, mas sem a formação de uma equipe multidisciplinar, com um conjunto de especialidades igualmente importantes, não se obtêm o resultado completo e efetivo para a deficiência auditiva (GONDIN e NEUMANN, 2010).

As assistentes sociais desenvolvem suas ações no sentido de avaliar as condições sociais e buscar os meios necessários para garantir os direitos básicos dos pacientes. A prática profissional observa as políticas públicas, a instituição social e seus usuários. Tem como objetivo uma ação investigativa e interventiva em situações que interferem no pleno aproveitamento do tratamento de saúde pelo usuário. A ação do assistente social se pauta pelo compromisso com as questões referentes ao acolhimento, humanização, trabalho interdisciplinar e integração com os recursos da comunidade (SILVA, 2010).

Os psicólogos, em uma das Instituições, estavam vinculados primordialmente à avaliação para o uso do implante coclear, visto a obrigatoriedade de seu parecer para a realização da cirurgia. Nas demais instituições, seu papel era também de acolhimento, avaliação clínica, formação e condução de grupos de orientação, conforme o próprio relato dos entrevistados.

Dentro da equipe multiprofissional e na perspectiva sócio-histórica, os psicólogos têm o trabalho de:

promover a capacidade de intervenção e transformação do homem sobre o mundo cotidiano, permitindo nas situações em que ocorre uma fragilização do indivíduo, o rompimento deste processo e a apropriação de seus sentidos pessoais e a sua inserção em um processo coletivo de engajamento na luta por melhores condições de vida (OLIVEIRA, 2010 p.26).

Em uma das Instituições, dois pedagogos participam de maneira mais intensa e próxima ao programa; mesmo não fazendo parte da equipe oficial, mostraram-se como sujeitos implicados diretamente no processo de atenção à saúde auditiva. Seus discursos revelaram sua importância dentro da formação da

representação social dos profissionais. Porém, nas demais Instituições não se verificou o mesmo envolvimento desta classe profissional nos programas.

A tabela abaixo simplifica e ilustra a distribuição dos profissionais dentro de cada Centro participante:

Tabela 12: Distribuição do número e da proporção dos profissionais segundo os Centros participantes.

Profissão	Centro A		Centro B		Centro C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistente Social	1	7%	1	6%	3	20%	5	10%
Fonoaudiólogo	10	72%	12	66%	7	47%	29	62%
Médico	2	14%	2	11%	3	20%	7	15%
Pedagogo	0	0%	2	11%	0	0%	2	4%
Psicólogo	1	7%	1	6%	2	13%	4	9%
Total	14	100%	18	100%	15	100%	47	100%

Para facilitar a visualização dos resultados da representação social dos profissionais, optou-se por dividir a apresentação das questões em duas partes: dados quantitativos e qualitativos. Os resultados quantitativos são apresentados em um quadro com a questão realizada, as categorias encontradas nos discursos, representadas pelas IdC, com seu quantitativo. Em seguida, o gráfico apresenta a porcentagem em que essa categoria aparece, considerando-se que um entrevistado pode ter citado mais de uma IdC e categoria num mesmo discurso. Na segunda parte há referência aos resultados qualitativos que são apresentados na forma de DSC, seguidos da discussão.

4.2.3.2. O entendimento da Saúde Auditiva

Em 2010, no prefácio do livro “Saúde auditiva da teoria à prática”, Dra. Maria Cecília Bevilacqua, define a saúde auditiva como “a prática da audiologia no sistema de saúde. Conceitua-se saúde auditiva como a execução da PNAS, da estrutura e do funcionamento dos serviços, e a organização do sistema com uma rede de referência e contra-referência”. Semelhante definição é dada no prefácio realizado

pelas diretoras da Academia Brasileira de Audiologia, gestão 2009/2011, no livro “Saúde Auditiva no Brasil: Políticas, Serviços e Sistemas”.

Porém, este termo parece ser polissêmico e a hipótese era que seu entendimento produziria diferentes formas de agir, fato que fica evidenciado nos discursos coletados durante as entrevistas com os profissionais da equipe de saúde auditiva. Com base nos achados, foram identificadas quatro categorias centrais, conforme descrição no quadro e figura abaixo:

Quadro XII: Distribuição das representações dos profissionais entrevistados sobre a saúde auditiva.

Tema 1 - Saúde Auditiva	Categorias	n Ideias Centrais	%
O que você entende por saúde auditiva?	A – Saúde e Qualidade de Vida	13	19,12%
	B – Prevenção e Promoção da Saúde	19	27,94%
	C – Acesso aos serviços, acolhimento e procedimentos clínicos	27	39,70%
	D – Capacidade de comunicar-se e ser incluído socialmente	9	13,24%

Figura 11: Distribuição das porcentagens de ideias centrais (IdC) por categoria da questão sobre a saúde auditiva.

Categoria A – Saúde e qualidade de vida

Para a categoria A, denominada “**Saúde e Qualidade de Vida**”, foram considerados todos os trechos dos discursos que relacionavam a saúde auditiva com o conceito ampliado de saúde e qualidade de vida, conforme exposto anteriormente, no capítulo de introdução desta dissertação.

A saúde auditiva, para alguns dos entrevistados é considerada requisito (ou é entendida como) para a qualidade de vida, como se vê no seguinte DSC:

“Acho que saúde auditiva é pensar em qualidade de vida, mesmo dentro da limitação do deficiente auditivo, buscar alternativas que venham suprir essas limitações; é a saúde como um todo, não só audição, vai além, é uma questão de saúde mesmo, ir além do ouvido.

De fato, saúde auditiva não é só procedimentos, implica em uma possibilidade completa de dar atenção a estas pessoas, não só do ponto de vista médico, mas no sentido de prover, de recursos sociais, escolas, a questão da inclusão do surdo e etc.

Eu acho que é a gente poder estabelecer e fornecer para o paciente uma garantia de melhor qualidade de vida, ver o sujeito de uma forma ampla, o ganho que a pessoa pode ter dentro do meio social que ela vive. Saúde auditiva é você poder ouvir, se comunicar, se relacionar, poder crescer, poder se desenvolver.

Então o nosso trabalho é justamente avaliar essas questões e percebe-se que o meio onde ele vive e como ele vive, influencia muito nessa questão da saúde. A gente não trabalha com a perda de audição em si, a gente trabalha com pessoas que precisam de qualidade de vida para viver melhor, para sair do isolamento.

Em resumo, saúde auditiva é não só cuidar da audição, mas pensar no maior, na vida dessas pessoas, na qualidade de vida deles.”

Minayo, Hartz e Buss (2000) revisaram na literatura e discutiram o conceito de saúde e qualidade de vida como “uma noção polissêmica”, “uma construção social, com a marca da relatividade”, pois segundo eles, “qualidade de vida abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades, que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e diferentes histórias”.

Sendo o objetivo da PS a melhoria da qualidade de vida, em todos os projetos e movimentos voltados para a gestão de políticas públicas, vale o questionamento à população do que seria qualidade de vida para cada grupo em

especial. Pensando na pessoa com deficiência auditiva, possivelmente essa qualidade estaria voltada à inclusão social, por meio da melhora nos processos comunicativos.

Ressalta-se aqui o princípio da concepção holística de saúde, uma vez que indica que as iniciativas estejam direcionadas à saúde física, mental, social e espiritual. Esse entendimento ampliado de saúde, estabelecida pela WHO (1998) subentende a saúde como um fenômeno produzido socialmente, plausível de ultrapassar o campo específico da assistência médico-curativa.

Categoria B – Prevenção e promoção da saúde

Para a categoria B, denominada “**Prevenção e Promoção da Saúde**”, foram considerados todas as citações e entendimento de saúde auditiva como relacionado a ações de prevenção de agravos e promoção da saúde auditiva, neste contexto mais restrito à saúde da audição.

Após a leitura e análise chegou-se ao seguinte DSC:

“A saúde auditiva tem dois pontos: a prevenção, da audição em si e a promoção da saúde auditiva, pensando em como cuidar da sua audição, como não perdê-la. Então para mim, seria o cuidado de uma maneira geral com a audição, desde o começo. Eu vejo o cuidado que nós temos que ter com a população em geral, no sentido de buscar um trabalho preventivo das questões da audição, que vão ter importância no desenvolvimento do sujeito, de uma forma global. Tanto do desenvolvimento social, como cognitivo. Saúde auditiva seria qualquer política, qualquer hábito, que a gente possa ter pra fazer com que os riscos a perda de audição, os riscos ao dano auditivo de uma pessoa, sejam minimizados. Isso pode variar desde uma boa triagem auditiva neonatal pra identificar perdas auditivas congênitas precoces, até a divulgação em forma de saúde pública, de hábitos saudáveis. Acho ainda que poderiam fazer também campanhas para ruído, pensando em perda induzida por ruído, não por genética e divulgar o teste da orelhinha, mas a gente não faz essa parte.

Aqui, a gente não tem esse trabalho preventivo. A proposta do SUS é que a gente possa fazer prevenção, na verdade, promoção da saúde, e o que a gente faz é atender a doença, a coisa quando já aconteceu. Então, eu acho que a gente faz muito pouco disso. Eu penso que a gente tem que trabalhar desde a prevenção, tentar prevenir de alguma forma, com algumas ações, antes de chegar na parte de reabilitação. Evitar que aconteçam certas coisas, tentar

diminuir a quantidade de pessoas que acabam vindo para o diagnóstico, e às vezes não precisariam vir.

Resumindo, pensando no serviço de saúde auditiva, se não tiver prevenção, não há saúde auditiva.”

O entendimento de prevenção e promoção se confundem em muitos discursos e aparecem algumas vezes como sinônimos. Nutbean em 1986 já colocava que os termos não eram sinônimos, mesmo que entre respeitados teóricos como Labonte, os termos apareçam indissociados (MILIO, 2005).

Assim, para Lefèvre e Lefèvre (2004), o termo prevenção é reservado a:

toda medida, que, tomada antes do surgimento ou agravamento de uma dada condição mórbida ou de um conjunto dessas condições, vise afastar a doença do doente ou vice e versa, para que tal condição não se manifeste (ou que tenha diminuída a sua probabilidade de ocorrência) ou manifeste-se de forma menos grave ou mais branda nos indivíduos e nas coletividades (p. 37).

A promoção por outro lado, se caracterizaria por:

uma intervenção ou conjunto de intervenções que, diferentemente da prevenção, teria como horizonte ou meta ideal a eliminação permanente, ou pelo menos duradoura, da doença porque buscaria atingir suas causas mais básicas, e não apenas evitar que as doenças se manifestem nos indivíduos e nas coletividades de indivíduos (p. 37).

Para Sicoli e Nascimento (2003) a promoção da saúde refere-se a um modelo de atenção à saúde que vai além da assistência médico-curativa, do modelo médico hegemônico, ela considera a concepção de saúde como produção social, resultado de relações de distintas naturezas, ou seja, econômicas, políticas, organizacionais, ideológicas, culturais e cognitivas. Dentro do seu escopo de trabalho, a promoção da saúde reconhece que decisões políticas de diferentes setores têm fortes repercussões sobre a saúde da população.

Categoria C – Acesso aos serviços, acolhimento e procedimentos clínicos

Alguns entrevistados relacionaram a saúde auditiva ao acesso aos serviços, acolhimento e procedimentos clínicos, como nota-se a seguir:

Subcategoria C1: Acesso

“Saúde auditiva é a garantia de que, feito o diagnóstico, primeiro o paciente tenha acesso aos serviços públicos. Tendo feito o diagnóstico, que ele tenha realmente uma garantia de um segmento. Para mim a saúde auditiva é o programa onde tem vários núcleos fazendo que as pessoas tenham acesso à informação referente à audição e possa ter uma avaliação, um tratamento, um acompanhamento. Mas, tem muita gente que tem perda e nem sabe onde procurar.”

Subcategoria C2: Acolhimento

“A saúde auditiva ainda é o acolhimento, ainda é a atenção básica para se pensar primariamente nas crianças, que é o que me vem primeiro a cabeça. O acolhimento das famílias, sem dúvida que esta é a primeira opção. Acolher é a primeira informação para a melhora da saúde auditiva e aí entra o que eu chamo de mesma coincidência que é ouvir. Hoje, a gente consegue acolher essa família dizendo que tem jeito, ou o aparelho ou o implante tá aqui, e você vai ter a melhor qualidade de vida, pois seu filho tem condições de usufruir de tecnologia ou recurso para reabilitação. Mas quando é criança a gente precisa muito mais do pai do que da própria criança e estabelecer relações com esses pais é bem difícil. Para eles compreenderem que a saúde auditiva do filho vai depender do esforço deles, não depende só da gente; então, assim, eu acho que os serviços de saúde têm que fazer isso acontecer de alguma forma, porque saúde auditiva é esse acolhimento.”

Subcategoria C3: Procedimentos

“Saúde auditiva é um conjunto de ações, com intervenções na área da audição, é a intervenção nos casos já instalados, é o acompanhamento ao longo do tempo. Seria ainda o local onde a pessoa vai para verificar como tá a audição dela e aí, no caso de alteração, ela faz a reabilitação dessa alteração com um dispositivo eletrônico, ou treinamento, dependendo do tipo de alteração que ela tiver.

Na verdade, é tudo, é a parte de orientação, diagnóstico, toda a parte de reabilitação, habilitação, do acompanhamento, do ouvir depois para ver se está tudo bem e tentar garantir que o paciente faça um bom uso. E não é só o uso, a entrega do aparelho e pronto. Acho que é isso, envolve tudo o que a gente faz, o exame, a conversa, o aparelho, o implante, a terapia, todos os processos que

o paciente passa. Acho que engloba tudo, seria o atendimento total.

Então a minha visão é essa, de você realmente cuidar da saúde auditiva, cuidar da pessoa que vem com alguma queixa, com alguma dificuldade, para reduzir o efeito da deficiência já presente no sujeito. Então o diagnóstico e aí uma adequada indicação de aparelho, para que este sujeito possa ter uma condição social.”

Esta foi a categoria de maior compartilhamento entre os entrevistados, que relacionaram, muitas vezes, a saúde auditiva a procedimentos clínicos, majoritariamente ao diagnóstico precoce e a protetização.

Segundo Feuerwerker (2011), as necessidades de saúde são amplas e vão desde as boas condições de vida, ao direito de ser acolhido, escutado, desenvolver vínculo com uma equipe que se responsabilize pelo cuidado de forma contínua, tendo acesso a todos os serviços e tecnologias que se façam necessárias. Tornar a integralidade como eixo de atenção implica tomar as necessidades de saúde como referência para organizar os serviços e as práticas de saúde, na forma de uma cadeia de cuidados.

Ainda segundo esta autora, em geral, é preciso reorganizar o processo de trabalho e repensar as ofertas. Além do modelo médico-hegemônico, centrado em procedimentos, há outras lógicas que precisam ser superadas ou relativizadas.

Para Scholze *et al* (2010), a identificação e a busca por soluções para a deficiência auditiva são construídas em meio as redes sociais de cada pessoa, de maneira única, mas sempre gerando itinerários que refletem o apoio social disponível e, como elemento constituinte deste, o acesso aos serviços de saúde. Esse apoio recebido é determinante para o sucesso da busca por uma solução, bem como para a adesão às formas de cuidados propostas.

O acolhimento possibilita a superação das limitações de acesso a partir da escuta qualificada das demandas, propondo uma corresponsabilização pelos profissionais. Assim, o acolhimento se define como uma tecnologia do encontro, capaz de aproximar as pessoas, incluindo-as em uma rede de conversações que resgata o enfoque do trabalho em saúde centrado no usuário, capaz de gerar vínculo e autonomia (Ibiden, p. 125).

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), acolher é “reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde”. Esse acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva (PORTAL DA SAÚDE, 2013).

Nos serviços de atenção especializada, a PNH contempla o acolhimento mais especificamente nos seguintes parâmetros:

- Garantia de agenda de atendimento em virtude da análise de risco das necessidades do usuário;
- Critérios de acesso: identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contra-referência;
- Otimização do atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional de ações, diagnósticas e terapêuticas que demandam diferentes saberes e tecnologias de reabilitação;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a singularidade do sujeito (BRASIL, 2004d, p.26).

Em relação aos procedimentos, alguns entrevistados focaram apenas na concessão dos AASIs, como se este procedimento garantisse a saúde auditiva, caso fosse realizado de maneira adequada. Houve ainda, relatos de como antigamente, anteriormente a PNAS, era difícil e complicado fornecer um aparelho e que atualmente a garantia do aparelho foi uma grande conquista, que impulsionou bons resultados e trouxe certo avanço as ações.

Malta *et al* (2004) refere que no “modelo médico produtor de procedimentos”, ou médico hegemônico, a assistência à saúde se tornou algo extremamente sumário, centrado na prescrição que produz o procedimento, não sendo consideradas as determinações do processo saúde-doença vinculadas as condições sociais, ambientais e relacionadas a subjetividades, valorizando

prioritariamente as questões biológicas. Neste modelo, ainda, há o custo elevado, por utilizar como insumos principais a produção de recursos tecnológicos centrado em exames e medicamentos, como se estes tivessem um fim em si mesmo e fossem capazes de restabelecer a saúde por si só. Assim, são atos desconexos, sem uma intervenção articulada e cuidadora, reduzindo-se a eficácia da assistência prestada.

Fazendo um paralelo com a saúde auditiva, esses procedimentos ficam mais focados no diagnóstico, na concessão de AASIs ou IC e sua validação, ou seja, na concepção biológica da saúde, mais do que propriamente nas condições reais de vida dos pacientes, na inclusão social e na qualidade de vida.

Categoria D – Capacidade de comunicar-se e ser incluído socialmente

Dentro da categoria C, denominada **“Capacidade de comunicar-se e ser incluído socialmente”**, foram considerados todas as falas que relacionavam a saúde auditiva especificamente a capacidade de comunicar-se, dependendo ou não da audição, visando à inclusão social.

Após a leitura e análise chegou-se aos seguintes DSCs, dentro de duas subcategorias:

Subcategoria D1: Comunicar-se pela audição

“Saúde auditiva no final das contas é você ser capaz de se comunicar pela sua audição. Você ser capaz de absorver conhecimento pela audição, trocar informação, se relacionar com o próximo, tem muito a ver com comunicação. Você pode estar com a sua saúde comprometida, mas tudo ainda ser bom. O impacto que isso vai ter varia. Um sujeito inteirinho em termos psíquicos, que tá aí conseguindo pilotar a sua perda auditiva e tem o acompanhamento para o aparelho, que tem o atendimento de linguagem, que consegue ter amigos, ter pares, estar numa escola, me parece alguém que está saudável.”

Subcategoria D2: Comunicar-se

“Para mim o importante é que a pessoa se comunique, nem sempre isso vai ser pela audição, no final meu objetivo é fazer com que a pessoa se comunique. Eu acredito que elas podem ser pessoas saudáveis do ponto de vista comunicativo. Eu acho que saúde auditiva é a pessoa ter a capacidade de se comunicar com os

outros, mostrar suas necessidades e os seus desejos. É a possibilidade de se comunicar melhor!

Não que o surdo não se comunique, não acho isso, eu sou a favor de curso de LIBRAS, inclusive sou a favor de falar e ouvir, de usar qualquer recurso, mas meu objetivo é a comunicação, é comunicar. A gente não vive no mundo sozinho, estamos em uma sociedade em que raramente estamos sozinho. A gente vai precisar do outro, a gente quer o contato com o outro, e nisso é preciso melhorar minha comunicação, seja da forma que for. É ver a possibilidade de estar em relações com as outras pessoas. Saúde auditiva é a condição da pessoa continuar se comunicando com o mundo.”

A comunicação torna-se um meio imprescindível para que os sujeitos interajam e sejam incorporados as sociedades em que vivem. Porém, a comunicação nem sempre precisa ocorrer necessariamente através da fala e da audição. Existem outros meios pelos quais as pessoas interagem e se aproximam dos seus pares.

A Língua de Sinais (LIBRAS), que se tornou oficialmente uma língua brasileira, é frequentemente utilizada por pessoas com deficiências auditivas limitantes, que impossibilitam o uso pleno e satisfatório da comunicação oral. Nem por isso, elas deixam de se comunicar e ser incluídas, porém sabe-se que nem todos os meios estão adaptados para facilitar esse processo, assim o papel da equipe de saúde auditiva é imprescindível.

Pensando no conceito ampliado de saúde trazido pela PS, por fim, pode-se separar as categorias em dois grandes blocos:

1 – **Saúde no contexto ampliado**, que engloba as categorias A e D (saúde e qualidade de vida; capacidade de comunicar-se e ser incluído socialmente) que totalizou 32,36% das IdC.

2 – **Saúde no contexto reducionista**, que envolve as categorias B e C (prevenção e promoção da saúde; acesso aos serviços, acolhimento e procedimentos clínicos) que totalizou 67,64% das IdC.

4.2.3.3. A relação das normas com as práticas na PNASA

A relação entre as normas e as práticas, torna-se um tema recorrente quando se pensa em políticas públicas. Sabe-se que quando uma política é idealizada,

esta não consegue prever totalmente qual será seu impacto e como será interpretada e manipulada nas práticas do dia a dia dos sujeitos implicados.

Assim, a pergunta tornou-se pertinente e desvendou quatro tipos diferentes de categorias, conforme descrito no quadro abaixo e detalhado a seguir:

Quadro XIII: Distribuição das representações dos profissionais entrevistados sobre a relação das normas com as práticas.

Tema 2 - Relação das normas com as práticas	Categorias	n Ideias Centrais	%
Qual a relação entre as normas e as práticas?	A – Não cumpre ou encontra dificuldades para cumprir as normas	33	47,82%
	B - Não conheço ou conheço pouco os aspectos normativos	5	7,25%
	C - Adapta as regras à realidade	19	27,54%
	D - Cumpre as normas, sem dificuldades	12	17,39%

Figura 12: Distribuição das porcentagens de ideias centrais (IdC) por categoria da questão sobre a relação das normas com as práticas.

Categoria A – Não cumpre ou encontra dificuldades para cumprir as normas.

Para a categoria A, denominada “**Não cumpre ou encontra dificuldades para cumprir as normas**”, foram considerados todos os trechos dos discursos que estavam relacionados a possíveis entraves ao cumprimento dos aspectos normativos nas atividades diárias. Dentro desta categoria, identificou-se ainda três subcategorias, as quais nortearam os seguintes discursos:

Subcategoria A1: Há dificuldades por conta da grande demanda, em relação à falta de estrutura.

“Quanto ao programa de saúde auditiva, ainda há alguns entraves. Como a demanda é muita, a gente acaba encaixando muito, o que não é ideal. Então se eu preciso de mais gente, preciso de mais espaço, mais aparelhos e tudo. Eu tento fazer o máximo que eu posso para seguir a norma, mas eu sei que aqui falta tempo pra poder fazer tudo que é indicado. A gente tem algumas dificuldades aqui, porque a gente não tem dez computadores, temos dois, para programação. Claro que a gente às vezes fica travado por falta de equipamento, muitas vezes demora até para o serviço liberar uma cirurgia, por exemplo. Em relação ao IC, há a parte mais burocrática e financeira, para liberar certas coisas. Isso é o que trava mais. De recursos humanos tudo bem, o pior é equipamento. Falta espaço às vezes para a cirurgia. Aqui a gente tem otorrino e fonoaudiólogo, a gente empresta assistente social, empresta neurologista, empresta pediatra e empresta o seguro hospital. Então, muitas vezes complica um pouco, o neuro fica de favor. Na verdade acho que teria que ser feito tudo aqui, pela portaria, mas infelizmente a gente não tem e, não tem condições de ter. Não sei se é um problema de verba, porque antes a verba vinha direta, agora houve uma reorganização na distribuição. Atualmente a gente só tem dois implantes mensais, até o ano passado chegamos a ter oito mensais, dois implantes mensais se você for ver é muito pouco, a fila de espera é grande, então temos casos prontos, tem casos que estão esperando há um ano, um ano e pouco, para ser chamado para cirurgia. Sobre o teste da orelhinha, precisa de dinheiro para comprar o equipamento, para contratar, para treinar, deveria ter sido previsto isso. Então, a gente tenta fazer tudo, mas é impossível. Tentamos fazer o máximo possível, o melhor possível, nem sempre a gente consegue.

Resumindo, acho que faltam pessoas, falta espaço, falta equipamentos, falta muita coisa assim, pensando na dimensão que é um serviço de Alta Complexidade. Eu também acho que não é só aqui que falta, todos os serviços faltam.”

Nestes recortes considerou-se todos os trechos dos discursos que relacionavam as dificuldades à grande demanda em relação à falta de estrutura, entendendo estrutura de uma maneira geral, ou seja, a parte física, de recursos humanos, de equipamentos e financeira. É notável que nos três Centros pesquisados houve queixas direcionadas à grande demanda frente aos escassos recursos, ora físicos, ora de recursos humanos ou de ambos. Aparentemente a “falta”, acarreta filas de espera e um desconforto, e porque não dizer angústia, por parte dos profissionais e usuários dos serviços.

Subcategoria A2: Dificuldades além da estrutura.

As regras, a gente tenta seguir, porque a gente pensa que são as melhores. Agora, a gente consegue? Essa é a questão. Então eu acho que tem algumas coisas que não emperram nosso trabalho, mas emperra a vida daquela pessoa. Tem questões burocráticas complicadas, como a papelada de controle. Às vezes eu fico preocupado, porque eu tenho de preencher mais papel que examinar o paciente.

A gente tem, na norma, uma referência e uma contra-referência, mas isso acaba não acontecendo, por isso há muita dificuldade de devolver essa criança, esse paciente, que no final a gente tenta absorver, que é errado, mas a gente não sente confiança na contra-referência. Nem sempre tem uma fono que trabalha com terapia. E tem muita fono largando a área, enquanto a população precisa.

As portarias para funcionar bem ela teria que ter a mesma agilidade no depois que tem no antes. A gente não pode esquecer de estimular, tem que ter terapia, acompanhamento e aconselhamento. Fazer o acompanhamento como previsto na portaria, é difícil, também não tem estrutura para dar terapia fonoaudiológica para todas as crianças. Primeiro que a gente tem um limite aqui e reabilitar leva tempo.

Mas o que adianta você só colocar o aparelho se depois você não consegue fazer a reabilitação? Uma maior dificuldade que eu vejo também é a garantia de inclusão mesmo, escolar/educacional. Eu acho assim que nem todas as escolas estão preparadas, nem os próprios profissionais estão preparados para receberem crianças surdas.

Outro problema assim é toda essa parte de acessibilidade. Muitas vezes, a gente precisa lidar com essa problemática toda, até para ter uma garantia de que ela tenha realmente um desenvolvimento de comunicação, um desenvolvimento de fala ou sei lá o que seja a abordagem que ela vai assumir.

O FM é um outro dispositivo assim importante, fundamental. Há muita gente batalhando e lutando para que saia portarias, para que o FM seja contemplado. Lutando também porque, fornecer o aparelho e não fornecer a pilha é uma incoerência. Outra questão é o conserto do aparelho pós garantia, que se a instituição, que se o SUS, se o governo não der esse suporte, a portaria diz que tem que dar outro, então vamos dar.

Acho ainda um absurdo a gente não ter um celular, para que o paciente possa mandar uma mensagem, porque a gente vai vendo os casos de adultos surdos que vão ficando crianças. Que a mãe acompanha em tudo que vem aqui para a reunião, que vem para grupo, para entrevista, sempre com a mãe junto e o cara tem 40 anos. E não é porque ele não fala, ele tem LIBRAS, eu também tenho libras, ou ele fala alguma coisa, ou escreve, mas ele tem que tá com a mãe. A gente vai contra a autonomia, então isso é uma coisa que me incomoda.”

No processamento auditivo, a maior dificuldade que eu tenho é fazer a avaliação comportamental e não ter teste eletrofisiológico. Acho ainda que a questão do bendito do ganho de inserção, o povo fala que tem que fazer, mas não é uma rotina, não tem treinamento pra isso, acho que deveria ter, se tem que fazer vamos passar todos por um treinamento, então acho que tem muitas coisas que tá no papel que tá bonito, mas falta a capacitação do profissional, teste de percepção de fala quem que faz? É muito difícil quem faça, mas ao mesmo tempo você tem que tocar seu serviço.

As auditorias poderiam ser um pouco mais tranquilas, eu acho que a gente faz um trabalho muito legal e às vezes a auditoria pega em algumas coisas que são besteira, e aí você acaba não tendo um respaldo adequado.”

Subcategoria A3: Dificuldades no conhecimento e interpretação das normas.

“Eu ainda acho que essa norma não foi ensinada. Às vezes existe má interpretação do que está escrito, então o que acontece? Às vezes você lê determinadas coisas que estão na portaria, que você acha que tá fazendo certo e quando conversa com outro serviço, descobre que estão fazendo diferente e ambos estão fazendo certo. Então a conversa, de como deve proceder não tá claro, e eu acho que não tá claro nem para quem fez, porque tem muitas coisas que a gente não consegue entender. E se a gente estiver fazendo algo que não está dentro do que é esperado, eu tenho certeza que é por pura ingenuidade, por não ser bem orientado.

Então a portaria diz que tem que fazer isso e você se vira. As dificuldades eu diria que talvez seria uma maior informação. O que eu percebo de resultados de estudos, é que ainda falta amarrar algumas coisas. Muitas vezes a equipe formada não é a equipe que trabalha e a equipe que trabalha não é bem informada sobre o que precisa fazer.

Por exemplo, o caso de reposição de aparelhos. Acho que deveria definir bem essas normas. Pela questão do tipo de aparelho, A, B e C, às vezes que é o serviço que é de B no outro é A, no outro é C, você classifica como C dali um mês virou um B, então assim, em determinadas coisas a portaria tem que ser revista, para se atualizada. Em relação também, na portaria não é muito definida como o paciente tem direito a receber os aparelhos, essa política de reposição, então acho que tá meio obscura.

As informações também faltam para os usuários. Falta à população saber disso, a população não sabe da lei que existe e diz que ele tem direito. Os adultos não tem conhecimento de coisas básicas, não sabem de direitos básicos, deveria ter uma integração maior entre as próprias políticas e pelos próprios gestores e instituições, acho que ainda deixam um pouco a desejar, fica faltando.

Às vezes eu tenho que orientar as pessoas, porque não foi feito isso ou aquilo. Existe uma certa omissão. Por exemplo, às vezes você atende um paciente que tem um quadro de déficit auditivo, passível de tratamento e a pessoa não recebe nenhum tipo de orientação para poder escolher se ele quer operar ou usar o aparelho. E aqui a gente não tem a possibilidade de cirurgia, nossa natureza é clínica e isso às vezes acontece e atrapalha.”

Nestes recortes considerou-se todos os trechos dos discursos que relacionavam as dificuldades ao conhecimento e interpretação dos aspectos normativos, como as dificuldades de acesso às informações, tanto para os profissionais, quanto para os usuários.

De maneira geral, na categoria A (Não cumpre ou encontra dificuldades para cumprir as normas), os profissionais elencaram alguns aspectos a serem melhorados, como:

- Necessidade de ampliação da estrutura física, maior número de profissionais, mais equipamentos;
- Aumento no número de cirurgias de ICs;
- Esclarecimento das diretrizes das portarias;
- Fornecimento de maior informação aos usuários dos serviços;

- Diminuição das burocracias;
- Aumento da verba destinada à adaptação de ICs e AASIs;
- Fornecimento de pilhas;
- Realização de consertos;
- Envolvimento de equipe multiprofissional;
- Capacitação profissional;
- Inclusão escolar;
- Acesso à terapia e acompanhamento;
- Dificuldade para realizar a contra-referência;
- Acesso à avaliação eletrofisiológica;
- Capacitação para realizar o ganho de inserção;
- Fornecimento de sistemas de FM;
- Auditorias mais justas, realizadas por pessoas da área;
- Disponibilidade de celular, para não ferir a autonomia dos pacientes para se comunicar com a instituição.

Esses aspectos corroboram com os achados das observações dos fóruns, que também elencaram dificuldades principalmente quanto à referência e contra-referência, demanda X quantitativo de vagas, burocracias, realização de consertos, inclusão escolar e uso de sistema FM.

Retomando os dados quantitativos do DATASUS, em algumas falas surge a queixa de falta de capacitação para realizar o ganho de inserção, bem como a falta de equipamentos em quantidade suficiente para atender a demanda, hipótese levantada anteriormente.

Sobre a falta de acompanhamento e terapia após a realização de cirurgias de ICs ou adaptação de AASIs, nota-se uma dificuldade justamente na realização da contra-referência, quando se pretende encaminhar novamente o paciente para a região de origem e não se encontra respaldo dos serviços.

Assim, existe uma série de fatores que poderiam facilitar o cumprimento das normas, possivelmente melhorando o acesso à melhor inclusão social das pessoas com deficiência auditiva.

Categoria B - Não conheço ou conheço pouco os aspectos normativos.

Dentro da categoria B, denominada “Não conheço ou conheço pouco os aspectos normativos”, chegou-se ao seguinte DSC:

“Para ser honesta eu não sei as normas, não conheço tanto. Faz um tempão que não retomo as normas lá, as leis, nem estou envolvida com os programas, com a política.”

O desconhecimento das normas é evidenciado em vários discursos, pois os sujeitos por diversas vezes elencaram itens que não fazem parte das normas, ou estão expostos de maneira diferente da apresentada por eles. Porém, nem sempre este desconhecimento é explícito em palavras ou mesmo reconhecido pelos sujeitos.

Esta categoria está intimamente relacionada à anterior, que aponta uma dificuldade de acesso às informações e a esclarecimentos quanto ao que se é dado como diretrizes para as ações.

Categoria C - Adapta as regras à realidade

Na categoria C, denominada “**Adapta as regras à realidade**”, foram considerados todas as falas que direcionavam a práticas adaptadas.

Após a leitura e análise chegou-se ao seguinte DSC:

“Eu acho que a teoria é sempre super bonita, mas na prática depende muito de como vai acontecer, de cada profissional, de como executar e como levar. Os centros determinam muitas coisas, mas é o profissional que vai executar. E tudo depende, do paciente e do profissional. Como o paciente não é homogêneo, então algumas coisas a gente tem que lançar mão da nossa experiência e ver o que é melhor pra ele, porque a ideia é ter um bom atendimento pro paciente.

A gente procura seguir a lei, para não fazer nada fora do que é a lei, mas existe alguma chance na lei, para que você justifique, se preciso. Por exemplo, você por um aparelho numa pessoa que não tem uma perda grande. É péssimo dizer para a pessoa: “olha você precisa piorar a perda para ganhar o aparelho”. Imagine dizer isso para a pessoa que vem aqui buscar uma solução. É como fazer um

implante numa criança um pouco fora do estabelecido, isso porque as coisas não são estanques. Se um dia o juiz vier me perguntar o porquê de eu colocar um aparelho em uma pessoa que não tinha aquela perda de livro e eu explicar para ele que o limiar auditivo não depende só da cóclea e que tem o processo cognitivo. Eu tenho quase certeza que um juiz, um bom, ia me entender e ia me apoiar ainda mais vendo o resultado.

Eu acho que a norma também é muito rígida, e quando você vai ver na prática as coisas não são assim; por exemplo, num implante, então tem norma, tem certos pacientes que podem ser implantados e tem pacientes que não podem ser, e no dia-a-dia é difícil de você falar para um paciente "não", sendo que você sabe que ele poderia ter benefícios, não todos, mas alguns.

Eu acho que o acompanhamento era um problema, mas agora eu acho que a gente equacionou. Agora, a questão da reabilitação, da terapia, ainda é uma coisa que tá muito distante do ideal, porque embora ainda tenha muita criança com atendimento inadequado, uma vez por semana, menos do que precisa. Eu acho que a maior dificuldade é atender a criança uma ou duas vezes por semana. As mães não conseguem. Para quem trabalha, trazer 3 vezes por semana é inviável. Então a gente tem uma flexibilidade, até porque o encaminhamento para a terapia próximo a residência ainda é uma questão gigante. Então, eu sempre procuro através das regras adaptar a realidade.”

As normas e diretrizes de uma política de abrangência nacional, como a PNAS, são apenas norteadoras. Evidentemente que as pessoas não vão de encontro às regras estabelecidas, mas sempre há um certo “respiro” na normativa, que permite a adaptação e a interpretação baseada na realidade local.

O Brasil, de extensões continentais, possui além do grande território, disparidades que necessitam ser equacionadas, visando o princípio de equidade e as boas práticas dentro dos serviços. Nesse momento, inicia-se o importante papel do gestor local na adaptação das diretrizes aos seus programas locais, bem como das ações em cada Instituição.

Os profissionais também se tornam agente modificadores das ações, pois são eles que estão no dia a dia enfrentando todos os entraves e sabem mais do que ninguém a realidade de cada serviço e a necessidade dos usuários que os procuram. Não podemos permitir que as normas “engessem” ou tornem o trabalho dificultoso. É preciso entender que as regras e normas, de maneira geral, foram criadas para nortear, para direcionar e não imobilizar as práticas.

Bourdieu apud Fernandes e Mendes (2007) refere que a “rigidez das instituições burocráticas é tal que [...] estas não podem funcionar, mais ou menos, a não ser graças à iniciativa, à inventividade, até mesmo o carisma dos funcionários menos prisioneiros em sua função. A burocracia condenar-se-ia à paralisia se ficasse entregue exclusivamente à sua lógica [...] Sem dúvida, são as contradições provenientes das divisões burocráticas que podem dispor as pessoas que, abandonando as rotinas e os regulamentos burocráticos, defendem a burocracia contra ela mesma.” (1997, p.227)

Categoria D - Cumpre as normas, sem dificuldades.

Para a categoria D, foram consideradas todas as falas que indicavam uma relação tranquila e direta, sem entraves, entre as normas e as práticas diárias. Assim, o conjunto de expressões chaves levou ao seguinte DSC:

“A relação entre o teórico e o prático eu acho que a gente não tem dificuldade. O que está nas normas, por justamente sermos uma universidade, a gente ajuda a ditar. Não que foi um presente para a gente, a gente batalhou muito para ela, que a política existisse, acontecesse do jeito que ela acontece hoje em dia.

Aqui funciona bem, na verdade o que chega para mim não é complicado, pelo menos do ponto de vista do atendimento médico a esses sujeitos. Nunca tive nenhum problema, nem dificuldade com a portaria, porque nós nos comunicamos entre os profissionais. Aqui a gente tem acesso a todas as possibilidades para fazer as coisas.

Por exemplo, a portaria pede ganho funcional, ganho de inserção. Então aqui a gente consegue fazer isso. São três marcas de aparelho que precisam ser testadas? Então são testadas três marcas. Hoje em dia a gente até consegue fazer a terapia depois, da maior parte dos casos. Quanto à protetização, todo mundo tem conseguido aparelhos auditivos em tempos muito bons, então você vê em dois ou três meses todo mundo aparelhado. Implante coclear tudo bem, a gente tem limite de implante, mas, de qualquer forma, a gente tem essa garantia, eles estão recebendo. Os acompanhamentos de seis meses, de um ano, deles voltarem aqui. Isso funciona bem aqui.

O programa de triagem auditiva também anda bem, conseguindo diagnosticar mais rápido, colocar aparelho mais rápido. Principalmente priorizando os bebês. Então, atualmente a gente

tem muitos exames para diagnóstico, que antes a gente não tinha. Tá mais organizado e com o implante, a terapia fica bem melhor. Eu não acho que as normas são ruins e particularmente aqui, a gente trabalha muito bem, dentro das normas. Acho que está acontecendo, a gente está melhorando. A gente está seguindo esse caminho, eu acho, a gente vai vendo, está dando certo isso. Então eu acho que isso é força também do tanto que as pessoas trabalharam para ter isso, trabalharam para ter leis, trabalharam para ter uma política pública legal, e que eu acho que é um exemplo para outros países. Eu sou da parte do otimismo que a gente vai melhorar, que a gente nunca esteve tão bem, entendeu, de reconhecimento na fonoaudiologia. A gente já conseguiu bastante coisa, a gente já está andando para um caminho legal!”

Nesta categoria, muitos profissionais colocam as ações e a política em si, como uma conquista, após muita luta e, que vem dando certo e aprimorando-se com o passar do tempo. Alguns aspectos positivos inclusive são ressaltados, como:

- A boa comunicação entre os profissionais dentro das Instituições, indicando a presença da interdisciplinaridade;
- Realização de medidas objetivas de verificação dos benefícios dos AASIs e ICs, por meio do ganho de inserção e ganho funcional;
- Teste frequente de mais de um modelo de AASI;
- Possibilidade de terapia para a maioria dos casos, bem como acompanhamento;
- Possibilidade de agilidade no diagnóstico, recebendo os AASIs rapidamente, bem como acesso a possibilidade da cirurgia de ICs.

Esses mesmos pontos ressaltados, em outros discursos são identificados como entraves, indicando que o olhar dos profissionais frente à realidade do que está caminhando bem ou mal é relativa e, de caráter individual, variando também de Centro para Centro.

Muito longe de ser uma “caixa vazia”, cada trabalhador e cada usuário tem ideias, valores e concepções acerca da saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. Todos os profissionais fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir de acordo com o que lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses (HELMAN, 2003 apud FEUERWERKER, 2005).

De maneira geral, pensando ainda que o ideal seria as normas facilitarem e nortearem as ações cotidianas, sendo a relação entre elas de interação, por fim, pode-se separar as categorias em dois grandes blocos, sem necessariamente pretender dicotomizar o tema:

1 – **Aspectos negativos**, que engloba as categorias A e B (Não cumpre ou encontra dificuldades para cumprir; Não conheço ou conheço pouco os aspectos normativos) que totalizou 55,07% das IdC.

2 – **Aspectos positivos**, que envolve as categorias C e D (Adapta as regras a realidade; Cumpre as normas, sem dificuldades) que totalizou 44,93% das IdC.

4.2.3.4. Ancoragens

Lefèvre e Lefèvre (2005) criaram três figuras metodológicas para a formação dos DSCs, conforme descrito anteriormente no capítulo de métodos. Dentre elas, as ancoragens, que são definidas pelos autores como “figuras metodológicas equivalentes à ideia central que, sob a inspiração da teoria das representações sociais, se constituem na manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para enquadrar uma situação específica”.

Cardoso-Buckley (2011) refere que é impossível estar totalmente isento de ideias, valores pessoais e coletivos porque eles sempre nos acompanham. Musis e Carvalho (2010) acreditam que a ancoragem compõe um mecanismo para a formação e manutenção das representações sociais, as quais “engendram um tipo especial de realidade, e constituem um meio pelo qual as relações de poder e as regulações sociais são percebidas, mantidas e modificadas”.

Desta forma, por meio do software *Qualiquantisoft* foi possível visualizar e categorizar as ancoragens presentes nos discursos dos entrevistados nesta pesquisa. Neste momento, diferentemente da opção anterior de agrupar as IdC (representadas por categorias) de cada questão, optou-se por verificar como as ancoragens se distribuíram ao longo de todos os discursos. Assim, abaixo são apresentados os DSC referentes às ancoragens encontradas:

Ancoragem 1: O povo normal não sabe o que é ser surdo, correr atrás do prejuízo.

“É importante explicar o que é saúde, o que pode fazer mal, como evitar algo que pode fazer mal e tentar correr atrás do prejuízo, porque o que já tá levado, vamos tentar correr. Principalmente explicar, porque por incrível que pareça, a audição a gente faz e o povo normal não sabe o que é ser surdo.”

Ancoragem 2: Procuramos o médico só quando estamos doente.

“A gente não tem esse trabalho preventivo. A proposta do SUS é que a gente possa fazer prevenção, na verdade promoção da saúde. E o fazemos é atender a doença, a coisa quando já aconteceu. Então eu acho que a gente faz muito pouco disso. Então que a gente possa fazer promoção. E a gente não faz, e não é aqui que a gente não faz, é no Brasil que a gente não faz. A gente não tem esse entendimento de promoção. A gente só tem o entendimento que a gente só procura o médico quando tá com uma doença.”

Ancoragem 3: Aparelho não é um ouvido novo

“A gente não pode esquecer de estimular, porque o aparelho não é um ouvido novo, tem que ter terapia, acompanhamento e aconselhamento.”

Ancoragem 4: Dar o pirulito e tirar.

“A criança vem, coloca aparelho, volta pra cidade dela com um brinquinho na orelha e, às vezes, os pais tem que se locomover do lugar onde está, muda de cidade só para ter o atendimento. Eu acho que isso ainda não é viável, não é uma realidade boa para essa criança. É igual assim, você dá o pirulito, daqui a pouco tira. Então, eu acho que a gente tem que lutar para isso.”

Ancoragem 5: O que é de graça não se valoriza

“Eu acho que deveria cobrar, tudo que é de graça as pessoas não valorizam. Isso deveria ser uma mudança. Alguma divisão por renda, que participe de alguma coisa. De repente uma pessoa que tem um pouco mais ajuda aquele que tem um pouco menos, sei lá.”

Ancoragem 6: Não dar o peixe, ensinar a pescar

“Então a partir do momento que você começa a dar muito, as coisas ficam muito fáceis, banalizadas. O aparelho já é caríssimo e a pessoa ainda quer a pilha. Isso eu acho uma falha. A política é muito assistencialista. Ao invés de dar o peixe, você dá a vara e fala, vai lá pescar no laguinho.”

Algumas dessas ancoragens são fruto de ideias que vem ao longo do tempo percorrendo os serviços, no pensamento de diferentes profissionais, sendo muitos deles antagônicos à proposta de universalidade, integralidade e equidade, princípios norteadores do SUS. Quanto aos princípios da PS, nas declarações percebe-se falhas relacionadas à concepção holística, à intersetorialidade, no empoderamento dos indivíduos, na equidade do acesso e nas ações multi-estratégicas.

5. CONCLUSÕES

Os achados desta pesquisa permitiram as seguintes conclusões:

- Quanto aos documentos, o percurso da atenção à saúde auditiva tanto no Brasil, quanto no município de São Paulo, apresenta-se como uma conquista, com melhorias nos aspectos normativos que, com o passar do tempo, vem buscando a ampliação das ações, a fim de garantir aos usuários um melhor atendimento, uma adequada inserção social e consequente melhoria na sua saúde e qualidade de vida;
- O panorama quantitativo também corrobora com o avanço das ações, pois demonstra um crescimento em número de AASIs e ICs concedidos, bem como nos procedimentos, apesar de nem sempre estes estarem de acordo com o estipulado nas normas;
- Os fóruns mostraram-se excelentes espaços de pactuação, por meio do diálogo entre os serviços de saúde, porém com pequeno poder resolutivo e reduzido papel político, com aparente esvaziamento da figura do Estado e da Federação, bem como de outros equipamentos, que não os da saúde.
- As entrevistas trouxeram significativos acréscimos, sendo o entendimento da saúde auditiva mais relacionado ao modelo biomédico. A relação das normas com as práticas mostrou-se de difícil realização, elencando alguns sucessos e insucessos. De modo geral, o entrave atual encontra-se na atenção básica e no acompanhamento dos pacientes, ou seja, nos extremos deste fluxo.

Relacionando os achados aos princípios da PS, podemos concluir que:

- Quanto à intersetorialidade, em SP, os fóruns não envolvem diferentes setores, tampouco nos relatos apareceram significativas ações multiprofissionais. O novo plano prevê o envolvimento de vários Ministérios e, aparentemente, está tentando articular suas ações além dos limites da saúde.

- A concepção holística pressupõe o entendimento ampliado de saúde estabelecida pela OMS, porém ainda de difícil realização e que, na fala dos profissionais, aparece muito vinculada ao modelo médico-curativo.
- O empoderamento dos sujeitos atrelado à participação social nas discussões não se mostrou presente nos fóruns, nem nos documentos. Em alguns discursos aparece inclusive a falta de autonomia dos sujeitos (pacientes e profissionais), o que fere o conceito do empoderamento, distanciando-se dele.
- A equidade e as ações multi-estratégicas, bem como a sustentabilidade, esbarram na questão do acesso à informação, aos serviços e aos procedimentos, porém nota-se um movimento em busca de dar maior prioridade aos “grupos desprivilegiados e vulneráveis”, como as pessoas com deficiência.

Pensando nos princípios e diretrizes do SUS, a universalidade ainda não está completamente garantida, assim como a integralidade, que vinha lutando pela inclusão de tecnologia assistiva, por exemplo, e conquistou algumas vitórias nos últimos tempos. As ações preveem a equidade e os processos organizativos de regionalização e hierarquização da atenção à saúde ainda são problemas presentes e centrais, referidos muitas vezes ao longo desta pesquisa, evidenciado na fala dos diferentes sujeitos sobre a falha na contra-referência.

Assim, todos esses dados indicam que o momento é oportuno à discussão e a luta por melhores condições de vida a dessa parcela da população, pois a temática encontra-se como prioridade na agenda política, como poucas vezes esteve antes.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que a construção de um conhecimento não pode pretender encontrar respostas universais. O que ele pode fazer é oferecer diferentes narrativas que problematizem a realidade e, exatamente por isso, enriquecem o debate em torno de certas questões.

Há ainda uma certa provisoriedade nos resultados deste estudo que parece bastante expressiva da realidade desse objeto. Afinal, iniciamos o processo de pesquisa em um momento de plena implementação de uma política e após um ano, o cenário se modificou.

Nesse sentido, os resultados aos quais chegamos demarcam o investimento de diversos grupos para a implementação das ações em busca de melhorias à qualidade de vida das pessoas com deficiência auditiva.

O estudo permitiu sobrevoar esse território da saúde auditiva, visualizando números, representações sociais, documentos e espaços de negociação que entrecruzados levam a um panorama geral do caminho percorrido e daquele que virá.

Agora, o desafio é continuar buscando melhorias e espera-se que este material torne-se um convite à reflexão e ao diálogo, com e entre diferentes grupos de interesse, que buscam por diferentes motivos a melhora da saúde auditiva em São Paulo e no Brasil.

7. REFERÊNCIAS

ABA – ACADEMIA BRASILEIRA DE AUDIOLOGIA. Fórum de Políticas Públicas. 27º Encontro Internacional de Audiologia – Recomendações. **Relatório** do Encontro Internacional de Audiologia. Bauru, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.audiologiabrasil.org.br/eiabauru2012/foruns/forumpoliticaspublicas_2012.pdf>. Acesso em: 02 ago 2013.

AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C. M. É possível avaliar um princípio ético? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 605–613, 2004.

ALMEIDA, S. M. V. T. A construção de uma rede de cuidados em reabilitação na cidade de São Paulo. **Anais de Congresso**. XX Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia Brasília-DF; 2012. Disponível em: <<http://www.sbfga.org.br/portal/suplementorsbfa>>. Acesso em: 15 nov 2012.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Revista Múltiplas Leituras**, UNIMEP, v. 1, n. 1, p. 18-43, 2008.

AMARAL, L. S. **A política nacional de atenção à saúde auditiva: avanços e entraves no município do Rio de Janeiro**. 2009. 94p. Dissertação (Mestrado em ciência na área de saúde pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

ARAKAWA, A. M *et al.* Análise de diferentes estudos epidemiológicos em audiologia realizados no Brasil. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 1, p. 152-158, jan-fev. 2011.

ARAÚJO, T. M.; MENDES, B. C. A.; NOVAES, B. C. A. C. Pronto atendimento a usuários de dispositivos de amplificação sonora. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 16, n. 4, p. 466-473, 2011.

ARMIGLIATO, M. E. *et al.* Hearing health service evaluation under the perspective of the users: proposal of an instrument. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v.15, p. 32-39. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1516-80342010000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em : 4 abr 2013.

ARRETCHE, M. T. S. Tendência no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. (Org.). **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 1998.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. **Programa Estadual de Prevenção e Assistência às Deficiências**. Salvador: Cepred, 2005.

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: MATTOS, R. A.; FARIA, T. W. **Caminhos para**

análise das políticas de saúde. Rio de Janeiro: ENSP: EPSJV/FIOCRUZ: IMS: FAPERJ, 2011. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps>>. Acesso em: 15 nov 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1988.

BARTO, G *et al.* Provision of hearing AID services: a comparison between the Nordic Countries and the United Kingdom. **Scandinavian Audiology** Suppl. 2001; (54): 16-20. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11688600>>. Acesso em: 27 jan 2013.

BÉRIA, J. U. *et al.* Hearing impairment and socioeconomic factors: a population based survey of an urban locality in southern Brazil. **Pan American Journal of Public Health**, v. 6, n. 21, p. 381-387. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17761050>>. Acesso em: 27 jan 2013.

BEVILACQUA, M. C. *et al.* **Population based survey on ear and hearing disorders.** Monte Negro, RO, Brasil. Relatório final. São Paulo (SP): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Reitoria de Cultura de Extensão, Universidade de São Paulo (USP); 2006.

BEVILACQUA, M. C.; NOVAES B.C.A.C.; MORATA, T.T. Audiology in Brazil. **International Journal of Audiology.** British Society of Audiology, International Society of Audiology, and Nordic Audiological Society, v. 47, p. 45-50, 2008. Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/14992020701770843>>. Acesso em: 20 dez 2012.

BEVILACQUA, M. C. *et al.* **Encontro Internacional de Audiologia: 25 anos – São Paulo**, Academia Brasileira de Audiologia, 2011a. ISBN 978-85-64686-00-7 Impressão: Studio Art Jooly Ltd. Encontro Internacional de Audiologia: 25 anos de história. Disponível em: <http://www.audiologiabrasil.org.br/portal/conteudo/public_25eia.pdf> Acesso em: 20 dez 2012.

BEVILACQUA, M.C. *et al.* Contribuições para análise da política de saúde auditiva no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.** 2011b, ,16(3), 252-259. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-80342011000300004&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 nov 2012.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BÓGUS, C. M. A promoção da saúde como referencial para a formulação e desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. **BIS - Boletim do Instituto de Saúde**, v. 34, p. 16-17, 2004.

BOSI, M. L.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.

BOURDIEU, P. A miséria do mundo. Petrópolis: Vozes, 1997. In: FERNANDES, J. C. A.; MENDES, R. **Gestão Local e Políticas Públicas para a Qualidade de Vida**. Promoção da Saúde e Gestão Local. CEPEDOC Cidades Saudáveis. Editora Hucitec. 148p, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Seção II – da saúde, artigos 196 a 200. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/constituicao_saude_idoso.pdf>. Acesso em: 09 maio de 2013.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Congresso Nacional; 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 13 jun 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, DF: Congresso Nacional; 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 19 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS nº 126, de 17 de setembro de 1993**. Cria na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde a cirurgia de Implante Coclear (SIH/SUS). Brasília, DF, 1993. Disponível em: <<http://www.redeprofis.com.br/conteudo.php?conteudo=26>>. Acesso em: 15 nov 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 432, de 14 de novembro de 2000**. Institui a ampliação do universo de concessão de aparelhos de amplificação sonora individuais (AASI) aos pacientes em tratamento pelo SUS e dá outras providências. Brasília, DF, 2000a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/PT-432.htm>>. Acesso em: 15 nov 2012.

BRASIL. Ministério dos Transportes. **Passe livre**: instruções para o beneficiário e transportador. 2000b. Disponível em: <http://WWW.mds.gov.br/suas/revisoes_bpc/bpc>. Acesso em: 20 jun 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. Promoção da Saúde: Carta de Alma-Ata**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoes_carta_portugues.pdf>. Acesso em: 21 jun 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.073/GM, de 28 de setembro de 2004.** Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2004a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/PORTARIA_2073_de_28_09_2004.pdf>. Acesso em: 19 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 589, de 08 de outubro de 2004.** Trata dos mecanismos para operacionalização dos procedimentos de atenção à saúde auditiva no Sistema Único de Saúde - SIA/SUS. Brasília, DF, 2004 b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id.area=824>>. Acesso em: 21 jun 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 587, de 7 de outubro de 2004.** Determina a organização e a implantação de Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. Brasília, DF; 2004 c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=824>. Acesso em: 21 jun 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2004d. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf>. Acesso em: 20 jun 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano Nacional para o controle integrado das DCNT** – promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Em revisão. Brasil, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da Saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico** [monografia na internet]. 2.ed. Rio de Janeiro, RJ: ANS, 2007a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_prevencao_riscos_doenças.pdf>. Acesso em: 15 maio 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde). **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.** Brasília, DF: Corde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Portal da Prefeitura da Cidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/Portaria154_24jan08.pdf>. Acesso em: 15 nov 2012.

Brasil. Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2009. **Manual técnico operacional SIA/SUS** – Sistema de informações ambulatoriais - Aplicativos de captação da produção ambulatorial APAC Magnético – BPA Magnético - VERSIA – DE-PARA – FPO Magnético. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Operacional_SIA_2010.pdf. Acesso em: 03 jul 2013.

BRASIL – Secretaria de Direitos Humanos. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4ª Ed., rev. e atual. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010. 100p. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/snpd/convencao pessoas com deficiencia pdf.pdf>. Acesso em: 7 fev 2012.

BRASIL. **Decreto nº 7.530, de 21 de Julho de 2011**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo Dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministerio da Saude. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2011/DECRETO-7530-21-julho-2011-610986-norma-pe.html>. Acesso em: 09 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011**. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Brasília, DF. 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/DECRETO/D7612.html. Acesso em: 15 nov 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/DECRETO/D7508.htm. Acesso em: 15 nov 2012.

BRASIL. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Decreto nº 52.785, de 10 de novembro de 2011**. Cria as escolas municipais de educação bilíngue para surdos - EMEBS na rede municipal de ensino. São Paulo, SP, 2011d. Disponível em: <https://www.leismunicipais.com.br/a/sp/s/sao-paulo/decreto/2011/5278/52785/decreto-n-52785-2011-cria-as-escolas-municipais-de-educacao-bilingue-para-surdos-emebs-na-rede-municipal-de-ensino-2011-11-10.html>. Acesso em: 5 nov 2012.

BRASIL. Portal da Saúde. **Viver sem Limite** - Saúde da Pessoa com Deficiência terá R\$ 1,4 bilhão. 2011. Ministério da Saúde, 2011e. Disponível em:

<[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3262/162/saude-da-pessoa-com-deficiencia-tera-r\\$-14-bilhao.html](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3262/162/saude-da-pessoa-com-deficiencia-tera-r$-14-bilhao.html)>. Acesso em: 15 nov 2012.

BRASIL. Portal da Saúde. **Instrutivo Saúde Auditiva**. 2012. Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jul/16/auditiva_160712.pdf>. Acesso em: 28 jul 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012**. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2012b. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html>. Acesso em: 21 jun 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal Universal**. Brasília, DF. 2012c. 32p. Disponível em:
<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_69.pdf>. Acesso em: 03 de ag 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2012d. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 02 jul 2012.

BRASIL. Portal da Saúde. **Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual** (CER e serviços habilitados em uma única modalidade). Ministério da Saúde, 2013a.. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/inst_pcd_220413.pdf>. Acesso em: 28 jul 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 21, de 07 de maio de 2013**. Torna pública a decisão de incorporar o Sistema de Frequência Modulada Pessoal- FM que possibilita a acessibilidade da criança e/ou jovem com deficiência auditiva no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013b. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2013/prt0021_07_05_2013.html>. Acesso em: 20 jul 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.274, de 25 de junho de 2013**. Inclui o Procedimento de Sistema de Frequência Modulada Pessoal (FM) na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2013c. Disponível em:
<http://www.conass.org.br/conassinforma/anexo_1274_junho_13.pdf>. Acesso em: 20 jul 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – DGITS/SCTIE. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) – **Relatório nº 58, de 23 janeiro de 2013**. Incorporação do Sistema de Frequência Modulada Pessoal- FM- equipamento que possibilita a acessibilidade da criança e/ou jovem com deficiência auditiva na escola. Brasília, DF, 2013d.

Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SistemaFM_CP_9.pdf>. Acesso em: 03 jul 2013.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CARDOSO-BUCKLEY, M. C. F. Valores influenciando a visão do ser humano e pesquisa em educação especial: uma reflexão. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 17, p. 17 – 22, 2011.

CARVALHO, A. I. *et al.* Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 521-529, 2004.

CARVALHO, A. P. S.; MONTEIRO, M. A. S. **Política Nacional de atenção à saúde auditiva**: o percurso dos primeiros cinco anos. Monografia para título de especialização em audiologia. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Audição – IEAA, 2010.

CASTRO, A.; MALO, M. SUS, **Resignificando a promoção da saúde**. São Paulo, Saúde em Debate; v. 175, p. 22. Hucitec: OPAS, 2006.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul-set. 1997.

CERQUEIRA, M. T. **Promoción de la salud y educación para la salud**: retos y perspectivas. In: OMS - Organización Mundial De La Salud. La promoción de la salud y la educación para la salud em América Latina: un análisis sectorial. Ginebra: Editorial de La Universidad de Puerto Rico, p. 7-48, 1997.

CHIESA, A. M. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 43, n. 2, p. 1352-1357. 2009. Disponível em: <www.ee.usp.br/reesup>. Acesso em: 15 nov 2012.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

CRFA - Conselho Regional de Fonoaudiologia 2º Região. Saúde auditiva para todos. **Revista da Fonoaudiologia**, v. 72, 2007.

CRFA - Conselho Regional de Fonoaudiologia. **Guia de Orientação para Fonoaudiólogos sobre implantação e desenvolvimento da saúde auditiva na atenção primária**. 2011. Disponível em:
<http://www.audiologiabrasil.org.br/portal/conteudo/public_guiasaudeauditiva.pdf>.
Acesso em: 15 nov 2012.

DAHER, C. V.; PISANESCHI, E. A política nacional de atenção à saúde auditiva: a atenção especializada às pessoas com deficiência auditiva no SUS. In: BEVILACQUA, M. C. *et al* (Org.). **Saúde auditiva no Brasil: políticas, serviços e sistemas**. São José dos Campos: Pulso; 2010. p. 15-30.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em:
<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 25 jan 2012.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. 22ª Ed. São Paulo, SP. Atlas, 2009.

DONNANGELO, C. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, SP: Duas Cidades, 1976. 124p.

FABRICIO, M. F. Da rede de atenção a rede de cuidados: o desafio da transformação. In: BEVILACQUA, M. C.; *et al*. **Saúde Auditiva no Brasil: política, serviços e sistemas**. São José dos Campos: Pulso, 2010. p. 179-188.

FELIPPE, D. J. **Dicionário jurídico de bolso: terminologia e as principais definições da constituição de 88 e expressões latinas de uso forense**. 12ª ed. Campinas, SP: Bookseller, 1997.

FERNANDES, J. C. A.; SACARDO, D. P. Abordagem qualitativa para a avaliação de políticas públicas: implicações teóricas, éticas e políticas. In: CAMPOS, M.; CAZZUNI, D. H. **Avaliar para compreender: uma experiência para na gestão de programa social com jovens em Osasco**, SP. São Paulo: Hucitec: 2008. p.59-95.

FLEXOR, G.; LEITE, S. P. **Análise de Políticas Públicas: Breves Considerações Teórico-Metodológicas**. Subárea 4: Economia e Estado – Sessão Ordinária, 2006.

FRANTINI, JR. **Avaliação de um programa de referência e contra-referência em saúde**. Dissertação (Mestrado profissionalizante em saúde e gestão do trabalho). Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde, 2007. Disponível em:<http://www6.univali.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=377>. Acesso em: 20 jul 2013.

FREITAS, C. D.; COSTA, M. J. Processo de adaptação de próteses auditivas em usuários atendidos em uma instituição pública federal - parte I: resultados e implicações com o uso da amplificação. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 73, n. 6, nov/dez. 2007.

FUERWERKER, L. C. M. A cadeira de cuidado em saúde. In: MARINS, J. J., *et al* (Org.) **Educação, Saúde e Gestão**. Rio de Janeiro e São Paulo: ABEM – Hucitec, 2011 – no prelo.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo, SP: Atlas, 2010.

GONDIM, L. M. A *et al*. Study of the prevalence of impaired hearing and its determinants in the city of Itajaí, Santa Catarina State, Brazil. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. [serial on the Internet]. 2012 Apr [cited 2013 May 12]; v. 78, n. 2, p.27-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942012000200006&lng=en>. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942012000200006>>. Acesso em: 15 nov 2012.

GONDIM, L. M. A.; NEUMANN, R. Avaliação e Diagnóstico Otorrinolaringológico na Saúde auditiva. Cap 05. P43-55. In: BALEN, S. A. *et al*. **Saúde auditiva, da teoria à prática**. São Paulo, SP: Santos, 2010.

HELMAN, C. Cultura, Saúde e Doença. Porto Alegre: Artmed, 2003. In: Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta pra a consolidação dos SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set/dez. 2005.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2000cgp.asp?o=15&i=P>>. Acesso em: 18 maio 2013.

JUNQUEIRA, R. G. P. A intersectorialidade do ponto de vista da educação ambiental: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 2, p. 79-91, 1998.

LABONTE, R. Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad. In: OMS - Organización Panamericana De La Salud. **Promoción de la salud: una antología**. Washington, DC: OPAS, 1996, p.153-65.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2008.

LALONDE, M. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. In: OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Promoción de Salud: una antología**. Washington DC: OPAS, 1996.

LEAVELL, H.; CLARCK, E. G. Preventive Medicine for the doctor in this community. Nova York.McGraw-Hill, Inc, 1965. In: CZERINA, D. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. **Depoimentos e Discursos** – Uma Proposta de Análise em Pesquisa Social. 1ª ed. Brasília, DF: Líber Livro, 2005. 97 p.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. **Discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul, RS: UCS; 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. **Promoção de saúde ou a negação da negação**. Rio de Janeiro, RJ: Vieira & Lent, 2004.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M.; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo**: uma abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul, RS: Educs, 2000.

LEWIS, D.R. *et al.* Comitê multiprofissional em saúde auditiva: COMUSA. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. (Impr.), São Paulo, v. 76, n. 1, Feb. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942010000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul 2013

LUDKE, E.; MEDA, A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo, SP: EPU, 1986.

MADRIZ, JJ. Audiology in Latin America: hearing impairment, resources and services. **Scandinavian Audiology Suppl.** 2001; (53): 85-92. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11409785>>. Acesso em: 27 jan 2013.

MALTA, D. C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos novos modelos assistenciais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n.2, p. 433-444, 2004.

MANZONI, C. R. C. T.; ALMEIDA, S. M. V. T. Organização da rede de atenção a saúde auditiva. In: BEVILACQUA, M. C. *et al.* **Saúde Auditiva no Brasil**: política, serviços e sistemas. São José dos Campos, SP: Pulso Editorial, 2010. p. 65-96.

MANZONI, C. R. C. T.; ALMEIDA, S. M. V. T. **Documento norteador. Programa acompanhante de saúde da pessoa com deficiência**. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência. São Paulo, 2012.

MATHERS, C.; SMITH, A.; CONCHA, M. **Global burden of hearing loss in the year**. 2001. [Internet]. [cited 2007 Out 10]. Disponível em:
<http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bod_hearingloss.pdf>. Acesso em: 15 nov 2012.

MELO, T. M. **Educação a distância na capacitação de agentes comunitários de saúde na área de saúde auditiva infantil**. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru/Universidade de São Paulo, 2008.

MELO, T. M.; ALVARENGA, K. F. Capacitação de profissionais da saúde na área de saúde auditiva: revisão sistemática. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 14, n. 2, p. 280-286, 2009.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo, SP: Hucitec; 1999.

MENDES, V. L. F. Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência: rede de cuidados, a reabilitação e o acesso do usuário. **Mesa Redonda do XX Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.proex.unifesp.br/eventos/eventos12/copex/docs/trabalhos/Anais_Copex-2012_V1_Fim.pdf> Acesso em: 27 nov 2012.

MILIO, N. Making health public policy: developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies, Health Promotion. In: NUTBEAM, D.; HARRIS, E. **Theory in a Nutshell**: a practical guide to health promotion theories. Sidney, NSW: Mc Graw Hill, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2010.

MINAYO, M. C. Z.; HARTZ, Z. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MORETTIN, M. **Avaliação dos benefícios e satisfação dos usuários de amplificação sonora individual nos serviços de audiologia do SUS**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2008.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 6 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MUSIS, C. R.; CARVALHO, S. P. Representações sociais de professores acerca do aluno com deficiência: a prática educacional e o ideal do ajuste à normalidade. **Revista Educação e Sociedade**, v. 31, n. 110, p. 201-217, 2010.

NAIDO, J.; WILLS, J. **Health Promotion Foundations for practice**. Londres: Baillière Tindall, 1994.

NUBILA, H. B. V. DI. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). In: BEVILACQUA, M. C.; MELO, T. M.; MORET, A. L. M. **Anais do II Seminário Científico Políticas Públicas em Saúde Auditiva** – Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo. 2008, p.33-39.

OLIVEIRA, F. G. O psicólogo na saúde auditiva: as práticas de intervenção. Cap 03 p 25-31 In: BALEN, S. A. *et al* **Saúde auditiva, da teoria à prática**. São Paulo, SP: Santos, 2010.

OMS - Organização Mundial de Saúde. OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. **Família e Saúde**. Tema 4.7 da Agenda Provisória, 55ª Sessão do Comitê Regional / 44º Conselho Diretor. Washington: set, 2005, p.14.

PAIVAI, K. M. *et al*. Deficiência auditiva referida e serviços de saúde: um estudo de base populacional. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 13, n. 2, p. 1809-7529, out. 2011.

PEREIRA, R.P.A. **O acolhimento e a estratégia saúde da família**. Grupo de estudos em Saúde da Família. Belo Horizonte: AMMFC, 2006. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP_acolhimento_esf.htm>. Acesso em: 10 jun 2013.

PEREZ, J. R. R. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: RICO, E. M., (Org.). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate, 2 ed.. São Paulo, SP: Editora Cortez; 1999, p. 65-7.

PISANESCHI, E. Ações de saúde auditiva na atenção básica e ações concretas e propostas de atuação. **Anais do III Seminário Científico de Políticas Públicas Serviços e sistemas em Saúde Auditiva** – Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo. 2009, p.96.

PORTAL DO MEC. **Educação especial. Recurso tecnológico atenderá alunos com deficiência auditiva**. Reportagem de 20 de maio de 2013. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=18697:recurso-tecnologico-atendera-alunos-com-deficiencia-auditiva&catid=205&Itemid=86>. Acesso em: 03 ago 2013.

PORTAL DA SAÚDE. **Diretrizes para a implementação do HumanizaSUS**. Portal da Saúde, 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28345>. Acesso em: 10 maio 2013.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Censo Brasileiro em 2010. Dados indicam que a deficiência visual é a mais comum na capital**. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/pessoa_com_deficiencia/acessibilidade/dados_censoibge/index.php?p=43402>. Acesso em: 18 maio 2013.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Básica. Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência. **Caderno de Orientação Técnica**. Março de 2011. Disponível em:

<<http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/crsleste/regulacao/protocolos-arquivos/sms-reabilitacao/SMS-Reabilitacao%20Caderno%20de%20Orientacoes%20Tecnicas.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2013.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida. **Núcleo Integrado de Saúde Auditiva – NISA**. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/pessoa_com_deficiencia/programas_e_servicos/saude/index.php?p=12457>. Acesso em: 03 jul 2013.

RESTREPO, H. E. Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. In: RESTREPO, H. E.; MALAGA, H. (Org.). **Promoción de La Salud: como construir una vida saludable**. Bogotá, C: Médica Internacional, 2001, p. 298.

RUSSO, I. C. P. A relevância da pesquisa científica na audiolgia brasileira. **Revista CEFAC**, v. 11, n. 11, p. 1-4, 2009.

SANTOS, J. L.; WESTPHAL, M, F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 5, p. 71-88, 1999.

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Chamada pública nº03/2008. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo, 2008. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/editais/chamadaPublica03_08.pdf>. Acesso em: 03 ago 2013.

SCHOLZE, A. S.; PAGNOSSIM, D. F.; FIALHO, I. M. Acolhimento em audiolgia. Cap 9, p. 126, 2010. IN: BALEN, S. A *et al.* **Saúde auditiva, da teoria à prática**. São Paulo, SP: Santos, 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. **Manual de normatização do TFD – Tratamento Fora do Domicílio do Estado de São Paulo**. São Paulo, dezembro/2009. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/manual-do-tratamento-fora-do-domicilio-tfd/manual_tfd_2009_aprovado_na_ct.pdf>. Acesso em: 03 jul 2013.

SMS – SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Instituto Via Pública. **Atlas da Saúde da Cidade de São Paulo**. São Paulo: Instituto Via Pública, 2011. 182 p.: mapas. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/atlas_da_saude_da_cidade_de_sao_paulo.pdf>. Acesso em: 02 ago 2013.

SILVA, A. G. A atuação do serviço social no serviço de atenção à saúde auditiva: um relato de experiência. Cap 04. p 33-41. In: BALEN, S. A. *et al.* **Saúde auditiva, da teoria à prática**. São Paulo, SP: Santos, 2010.

RANGEL, K.S *et al.* Produção científica em saúde auditiva no Brasil: análise do período de 2000 a 2010. **Revista CEFAC** [serial on the Internet]. 2013 Feb [cited 2013 July 27] ; 15(1): 215-227. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000100025&lng=en. Epub Oct 16, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462012005000089>>. Acesso em: 03 ago 2013.

SICOLI J.L, NASCIMENTO P.R. Health promotion: concepts, principles and practice, Interface – **Comunic. Saúde, Educ**, v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SILVA, R. S.; BRANDÃO, D. Construção da capacidade avaliativa em organizações da sociedade civil. São Paulo: Instituto Fontes 2003 – In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2010.

SOB – SOCIEDADE BRASILEIRA DE OTOLOGIA. **Campanha Nacional da Audição enfoca a surdez infantil**. 2008. Disponível em: <<http://www.saudeauditiva.org.br>>. Acesso em: 15 nov 2012.

SOUZA, C. **Políticas Públicas**: uma revisão de literatura. Sociologias, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45. 2006.

SOUZA, D. V.; ZIONI, F. Novas perspectivas de análise em investigações sobre meio ambiente: a teoria das representações sociais e a técnica qualitativa de triangulação de dados. **Revista Saúde e Sociedade**, v.12, n. 2, p. 76-85, 2006.

SPÍNOLA, A. W. P. Metodologia do trabalho científico em ciências ambientais. In: PHILIPPI, J. R. A.; ALVES, A. C. **Curso interdisciplinar de direito ambiental**. Barueri, SP: Manole; 2005. p. 915-42.

TANAKA, O. U.; MELO, C. **Avaliação de Programas de saúde do adolescente - um modo de fazer**. São Paulo, SP: Edusp; 2001.

TEIXEIRA, C. F. **Estudo avaliativo da política de atenção à saúde auditiva**: estudo de caso em Pernambuco. Recife. 2007. 159 f.: il. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

TEIXEIRA, C. F.; AUGUSTO, L. G. S.; CALDAS, NETO S. S. Prótese auditiva: satisfação do usuário com sua prótese e com seu meio ambiente. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 10, n. 2, 2008.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la Teoría de la Salud Pública, in OPS. **Promoción de la Salud**: Una Antología. Washington, DC: OPS, Publ. Cient. 557, 1996, p. 37-44.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, SP: Atlas, 1987.

VEIGA, L. R.; MERLO, A. R. C. Satisfação com a prótese auditiva na vida diária em usuários do sistema de saúde do Exército Sotero S. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 71, n. 1, p. 67-73, jan/fev. 2005.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, v. 24, n. 4, p. 5-43, 1996.

WESTPHAL, M. F. O movimento cidades/ municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 39-52, 2000.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. 2º ed. São Paulo, SP: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

WHO - World Health Organization. Discussion document on the concept and principles. In: _____. **Health promotion: concepts and principles, a selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles**. Copenhagen: Regional Office for Europe, 1984. p. 20-3. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_HSR_602__m01.pdf>. Acesso em: 15 nov 2012.

WHO - World Health Organization. **The Ottawa charter for health promotion**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Geneva, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2012.

WHO - World Health Organization. **Health promotion evaluation: recommendations to policymakers**. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998. Disponível em: <<http://www.dors.it/alleg/0400/1998%20Euro%20WHO%20HP%20Evaluation%20recommendations%20to%20policy-makers.pdf>>. Acesso em: 03 ago 2013.

WHO - World Health Organization. **Global burden of hearing loss in the 2000**. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_hearingloss.pdf>. Acesso em: 03 ago 2013.

WHO - World Health Organization. **Deafness and hearing impairment**. Fact Sheet, Geneva, n. 300, Mar. 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/index.html>>. Acesso em: 15 nov 2012.

WHO – World Health Organization. **World Report on Disability**. Geneva: OMS; 2010. Disponível em: <http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html>. Acesso em: 03 ago 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre Bookman, 2001 consultation. Bangkok, 1992. p. 93-27.

ZIGLIO, E. *et al.* **Inversión en favor de la salud**. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, 5, 2000, México. Informe técnico México, 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/conference/products/Techreports/spanishdocs/invest-fn>>. Acesso em: 27 abr 2012.

ANEXOS

Anexo 1 – Roteiro de observação dos Fóruns Regionais.

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DOS FÓRUNS REGIONAIS

Região de referência:

Data do fórum:

Local de realização:

- Nome do observador:
- Horário de início e término:
- Caracterização dos participantes:
- Responsável pela condução da reunião:

Dinâmica:

- Distribuição da palavra :
- Relações entre membros do grupo:

Descrição das condições do espaço físico:

Principais temas abordados:

Retomada de pautas anteriores:

Distribuição de material com antecedência:

Encaminhamentos:

Observações:

Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Faculdade de Saúde Pública / Universidade de São Paulo
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo – Brasil
Tel (011) 3066-7743 - Fax (011) 3853-3501

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Nome:..... Sexo: () M () F D.N:/...../.....

II – DADOS SOBRE A PESQUISA

Título do Protocolo de Pesquisa:

“Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: o caso do município de São Paulo”.

Pesquisador: Gislene Inoue Vieira

Cargo/Função: Mestranda

Departamento de Prática de Saúde Pública da FSF/USP

AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA: Risco mínimo (x) – desconforto pela duração da entrevista

Duração da entrevista: cerca de 30 minutos

Duração da Pesquisa: 2a6m

III – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AOS SUJEITOS SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

Estamos realizando uma pesquisa sobre a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) no município de São Paulo, com o objetivo de analisá-la a partir das representações dos diferentes profissionais que compõem a equipe de saúde auditiva.

Para atingir nossos objetivos gostaríamos de contar com a sua participação ao discorrer sobre dois temas - a saúde auditiva e a PNAS - e o preenchimento de alguns dados pessoais, como nome completo, profissão e período desempenhando a mesma função. A entrevista tem duração prevista de 30 minutos e as respostas serão gravadas, a fim de possibilitar a transcrição e análise dos relatos.

Sua participação é fundamental para que possamos realizar a análise das representações dos diferentes profissionais, inseridos na equipe de atenção à saúde auditiva, dos centros de Alta Complexidade do município de São Paulo.

Informamos que sua participação é voluntária e não implica risco à sua integridade física ou moral e que o(a) senhor(a) poderá solicitar esclarecimentos a qualquer hora com a pesquisadora pelo telefone (11) 30617780 ou ainda junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP no telefone (11) 3061-7779.

As informações fornecidas serão utilizadas para a realização da pesquisa, a qual pretende-se divulgar em eventos como congressos e seminários e/ou por meio de artigos científicos. Garantimos seu anonimato, uma vez que os dados não serão apresentados de forma individualizada. O(a) senhor(a) poderá solicitar seu desligamento da pesquisa a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo para sua relação com a instituição, bastando para isso entrar em contato com a pesquisadora, com a Profa. Dra. Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira, orientadora deste estudo, ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública nos telefones anteriormente citados, ou ainda, enviar carta a qualquer um deles no seguinte endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715 CEP 01246-904, São Paulo.

IV – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, tendo entendido o que me foi explicado, aceito participar da presente pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Nome
RG
Telefone

Gislene I. Vieira
RG: 295993522
Telefone: 11 - 30617780

Anexo 3 – Roteiro para realização das entrevistas.

Roteiro para aplicação do questionário semi estruturado

1. Approach

Conversa inicial para aproximação entre o entrevistador e o entrevistado, assim como para apresentações.

2. Orientação inicial:

“Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de mestrado da FSP/USP, que investiga a implementação da PNASA no município de SP. Para tanto necessitamos de sua colaboração. Pedimos sua autorização para gravar uma pequena entrevista, na qual colocaremos dois temas para discussão, envolvendo o entendimento da saúde auditiva e da PNASA.

Ressaltamos que a intenção é que cada participante possa expressar suas opiniões e relatar de maneira clara suas vivências profissionais, relacionando-as aos temas propostos.

Caso tenha alguma dúvida, sinta-se a vontade de interromper a entrevista e me questionar.

Inicialmente proponho a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, de forma conjunta, sendo para tanto fornecido uma cópia do mesmo, que recomendo seja mantida em seu poder.

3. Leitura do termo e coleta de assinatura.

4. Preenchimento de alguns dados de identificação. O entrevistador pergunta oralmente ao participante os seguintes dados:

Nome, Instituição, profissão, tempo na função, horas dedicadas à assistência nesta instituição, se trabalha em outro local.

5. Início da entrevista propriamente dita e da gravação

A pergunta de aquecimento seria sobre o histórico do participante e seu papel na Instituição.

O primeiro tema é a saúde auditiva

O segundo tema está relacionado a PNASA

Ao final é aberto um espaço para qualquer outro tipo de observação

6. Agradecimento e final da gravação

Anexo 4 - Entrevistas - Questionário semi-estruturado/gestor.

ENTREVISTA - QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO

Data da entrevista:

Gestor/Responsável pelo serviço de saúde auditiva

Instituição:

Tipo de administração:

Área de abrangência:

Quantas equipes cadastradas:

Nomes das pessoas que compõem as equipes:

Nome:

Profissão:

Tempo no cargo/função:

assistência:

Trabalha em outro local:

Outras informações:

Cargo/função:

Horas por semana na

Esta é uma pesquisa de mestrado que pretende fazer uma análise da Política Nacional de Saúde Auditiva no município de SP e para isso pretendemos ouvir os profissionais envolvidos neste processo para entender o que eles pensam e como as normas estão presentes no seu dia a dia. Por isso, gostaria que nossa conversa estivesse baseada nas suas experiências, no que você escuta de seus pacientes e no que vivencia no serviço, no seu dia a dia. São dois temas que lhe peço para falar livremente, sem preocupações de dar respostas certas ou erradas, pois não existem respostas certas ou erradas neste momento.

Temas para discussão

Gostaria que você me falasse um pouco sobre você – sua trajetória profissional e seu papel aqui na instituição. Você poderia me contar também um pouco sobre a história do serviço?

1. De acordo com as suas experiências, o que você entende por saúde auditiva?
2. Pensando nos programas de saúde auditiva, como você percebe a relação entre as normas e o trabalho que você desempenha aqui?

Gostaria de adicionar algo mais?

Anexo 5 - Entrevistas - Questionário semi-estruturado/profissionais.

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO

Data da entrevista:

Profissional da equipe de saúde auditiva

Instituição:

Nome:

Profissão:

Cargo/função:

Tempo no cargo/função:

Horas por semana na assistência:

Trabalha em outro local:

Outras informações importantes:

Esta é uma pesquisa de mestrado que pretende fazer uma análise da Política Nacional de Saúde Auditiva no município de SP e para isso pretendemos ouvir os profissionais envolvidos neste processo para entender o que eles pensam e como as normas estão presentes no seu dia a dia. Por isso, gostaria que nossa conversa estivesse baseada nas suas experiências, no que você escuta de seus pacientes e no que vivencia no serviço, no seu dia a dia. São dois temas que lhe peço para falar livremente, sem preocupações de dar respostas certas ou erradas, pois não existem respostas certas ou erradas neste momento.

Temas para discussão

Gostaria que você me falasse um pouco sobre você – sua trajetória profissional e seu papel aqui na instituição.

1. De acordo com as suas experiências, o que você entende por saúde auditiva?
2. Pensando nos programas de saúde auditiva, como você percebe a relação entre as normas e o trabalho que você desempenha aqui?

Gostaria de adicionar algo mais?

Anexo 6 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-USP.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP
Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/062/12

27 de fevereiro de 2012.

Prezadas pesquisadora e orientadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em sua **2.ª/12 Sessão Ordinária**, realizada em **03/02/2012**, analisou de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º 2319, intitulado **"POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA: O CASO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO"**, do grupo III, sob responsabilidade da pesquisadora **Gislene Inoue Vieira** e orientação da Professora **Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira**, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a):

- 1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa;
- 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria;
- 3) Comunicar formalmente a este Comitê por ocasião do encerramento da pesquisa;
- 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final;
- 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Tit. Claudio Leone
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Dr.ª **Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira**
Departamento de Prática de Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da USP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César – CEP 01246-904 – São Paulo – SP
Contato: (55 11) 3061 7779 | coep@fsp.usp.br | www.fsp.usp.br

Anexo 7 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP.

São Paulo, 05 de abril de 2012.

Ao Comitê de pesquisa da Derdic/PUCSP

Ref. Parecer sobre projeto de pesquisa “Política Nacional de atenção à saúde auditiva: o caso do município de São Paulo

mestranda: Gislene Inoue Vieira

Orientadora: Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira

Instituição: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Prezada Profa. Dra. Maria Francisca Lier-De-Vitto,

O texto apresentado está claro e bem redigido. Apresenta com clareza todos os itens necessários de um projeto de pesquisa científica, isto é, introdução, objetivos, proposta e justificativa, metodologia e bibliografia.

O projeto tem como objetivo analisar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva do Ministério da Saúde no município de SP. Para isso, o projeto de pesquisa pretende entrevistar os profissionais envolvidos com o serviço de Saúde Auditiva da Derdic/Ceac para conhecer os conceitos envolvidos e representação da PNASa em suas práticas diárias. Toda a metodologia descrita no projeto cumpre com as exigências dos atendimentos realizados na Derdic/Ceac, de acordo com a Portaria de saúde auditiva do Ministério da Saúde.

No momento em que a pesquisa for iniciada na Instituição, sugiro que seja realizada uma reunião com a direção da Clínica Mauro Spinelli, Coordenadora do CeAC e comigo, coordenadora do Serviço de Saúde Auditiva da Instituição, para que a seleção dos profissionais a serem entrevistados seja adequada.

Considero o projeto aprovado para a realização da pesquisa na clínica da Derdic e CeAC. Como sempre aponto nos projetos de pesquisa que envolvem o serviço de saúde auditiva, a divulgação dos dados deve ser encaminhada à direção de clínica, coordenadora do CeAC e diretor da Instituição.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Beatriz Mendes

Anexo 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do FMUSP.

DISCIPLINA DE CLÍNICA OTORRINOLARINGOLÓGICA
AV. DR. ENÉAS DE CARVALHO AGUIAR, 255 - 6º ANDAR - ICHC - SALA 6167
CEP: 05403-000 - BAIRRO CERQUEIRA CÉSAR - SÃO PAULO - SP - BRASIL
TELEFAX.: 55-11-3088.0299

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins, que o projeto de pesquisa ***“Política Nacional de Atenção à saúde auditiva: o caso do município de São Paulo”***, sob a responsabilidade do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo e será realizado com os pacientes acompanhados no Ambulatório da Clínica Otorrinolaringológica do Hospital das Clínicas da FMUSP, o qual terá o apoio desta Instituição.

São Paulo, 14 de agosto de 2012.

Prof. Dr. **RICARDO FERREIRA BENTO**
Chefe do Departamento de
Oftalmologia e Otorrinolaringologia
Faculdade de Medicina da USP

Anexo 9 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da ISCMSP.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE S PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
 Rua Santa Isabel, 305, 4º andar - Santa Cecília CEP 01221-010 São Paulo - SP.
 Tel.: (11) 2176-7689 E-mail: eticamedbernadete@santacasasp.org.br

São Paulo, 26 de setembro de 2012.

Projeto nº 162/12
 Informe este número para
 identificar seu projeto no CEP

Ilmo.(a).Sr. (a).

Dra. Gislene Inoue Vieira

Departamento de Otorrinolaringologia

O Comitê de Ética e Pesquisa da ISCMSP, em reunião ordinária dia **26/09/2012** e no cumprimento de suas atribuições, após revisão do seu Projeto de Pesquisa: "**Política nacional de atenção à saúde auditiva: o caso do Município de São Paulo**", emitiu parecer enquadrando-o na seguinte categoria:

☒ **Aprovado (Inclusive TCLE);**

☐ **Com pendências** há modificações ou informações relevantes a serem atendidas em 10 dias, (enviar as alterações em duas cópias);

☐ **Retirado**, (por não ser reapresentado no prazo determinado);

☐ **Não aprovado e;**

☐ **Aprovado (inclusive Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), e encaminhado para apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – MS - CONEP, a qual deverá emitir parecer no prazo de 60 dias.** Informamos, outrossim, que, segundo os termos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde a pesquisa só poderá ser iniciada após o recebimento do parecer de aprovação da CONEP.

Prof. Dr. Nelson Keiske Ono

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa – ISCMSP

Conforme a Resolução 196/96, o relatório parcial deve ser apresentado de forma detalhada ao CEP, inicialmente em **26/03/2013** e a cada seis meses. Conforme ofício circular 0226/CONEP/CNS, datado de 29-10-2010, a suspensão de estudo e relatório final deverão ser apresentados conforme modelo elaborado pela CONEP. Impressos disponíveis em nosso site: www.santacasasp.org.br

Anexo 10 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP-EPM.

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA e TERMO DE COMPROMISSO

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo de pesquisa intitulado "**Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: o caso do município de São Paulo**".

Declaro, ainda, estar ciente da realização da pesquisa acima intitulada nas dependências do **Núcleo Integrado de Assistência, Pesquisa e Ensino em Audição (NIAPEA) - UNIFESP** e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

São Paulo, 16 de janeiro de 2012.

Prof. Dra. Maria Cecília Martinelli Iorio

Prof. Dra. Maria Cecília Martinelli Iorio
Chefe do Departamento de Fonoaudiologia
UNIFESP

Anexo 11 - Anexo IV da Portaria nº587 (Classificação dos aparelhos de amplificação sonora individual de acordo com os recursos tecnológicos).

	TECNOLOGIA		
	Tipo A	Tipo B	Tipo C
PROGRAMAÇÃO	Não programável	Programáveis ou não	Programáveis.
MODO DE CONDUÇÃO DO SOM	Aérea ou óssea	Aérea ou óssea	Aérea
CONTROLE DE SAÍDA	PC ou Compressão de limitação	Compressão de limitação	Compressão de limitação
COMPRESSÃO	MONOCANAL	WDRC mono ou multicanal	WDRC multicanal
CONTROLES DISPONÍVEIS	Ganho, corte de grave e/ou corte de agudo, controle para saída máxima.	Ganho, corte de grave e/ou corte de agudo, controle para saída máxima, controle do limiar e/ou razão de compressão.	Ganho, corte de grave e/ou corte de agudo, controle para saída máxima, controle do limiar e/ou razão de compressão e/ou controle das constantes de tempo da compressão.
CONTROLE DE VOLUME	Manual	Manual e/ou automático	Manual e/ou automático
ENTRADAS ALTERNATIVAS	Bobina telefônica e/ou entrada de áudio	Bobina telefônica e/ou entrada de áudio	Bobina telefônica e/ou entrada de áudio
MEMÓRIAS	Única	Única ou multímória	Única ou multímória
MICROFONE	Omnidirecional ou direcional	Omnidirecional ou direcional	Omnidirecional ou direcional
CONTROLE DE RUÍDO			Algoritmo para redução de ruído.
EXPANSÃO FEEDBACK			Expansão Algoritmo para redução de feedback (tipo passivo)

Anexo 12 – “Instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual” (Classificação dos aparelhos de amplificação sonora individual de acordo com os recursos tecnológicos).

Tipo A	Tipo B	Tipo C
Digital	Digital programável	Digital programável
Dois canais*	Três canais*	Cinco canais*
Controle de volume manual ou automático	Controle de volume manual ou automático	Controle de volume manual ou automático
Compressão não linear	Compressão não linear	Compressão não linear
Entrada de áudio nos retroauriculares convencionais	Entrada de áudio nos retroauriculares convencionais	Entrada de áudio nos retroauriculares convencionais
Gerenciador de microfonia ativo sem redução de ganho	Gerenciador de microfonia ativo sem redução de ganho	Gerenciador de microfonia ativo sem redução de ganho
Bobina telefônica**	Bobina telefônica manual ou automática**	Bobina telefônica manual ou automática**
Microfone omni ou direcional	Microfone omni e direcional fixo	Microfone omni e direcional adaptativo
	Dois programas de áudio (manual ou automático)	Três programas de áudio (manual ou automático)
	Redução de ruído	Redução de ruído
	Registro de dados de uso	Registro de dados de uso
Sistema de adaptação por via óssea		Sistema de adaptação CROS
Digital		Digital programável
Um canal		Dois canais
Controle de volume manual ou automático		Controle de volume manual ou automático
Compressão		Compressão
Entrada de áudio (q.do BTE convencional)		Entrada de áudio (q.do BTE convencional)
Sistema de sustentação (arco ajustável ou banda elástica)		Conectividade sem fio
Vibrador ósseo		Adaptador CROS
		Fio simples três pinos
		Sistema de conectividade sem fio
		Digital programável
		Seis canais
		Controle de volume manual ou automático

* Como alguns fornecedores de AASI não utilizam o sistema de canais, se aceita a expressão ajuste independente do ganho acústico e saída em determinado número de regiões de frequência.

** Se houver espaço no dispositivo.

Anexo 13 - Observação dos Fóruns Regionais – Descritivo por Região.

Observação dos Fóruns Regionais – Descritivo por Região

1. Descritivo por Região - CRS Leste

A primeira reunião observada foi realizada nas dependências do NISA Dr. Maurice Patê - Penha e contou com a presença de variados equipamentos de saúde, pertencentes aos diferentes níveis de atenção à saúde como: NIR, NISA, UBS, funcionários da SMS (atenção básica e tecnologia da informação).

Os temas propostos para discussão surgiram majoritariamente da coordenadora do serviço de maior complexidade e não havia uma pauta formal pré estabelecida. O primeiro tema discutido foi o critério para reposição de AASIS. Um dos serviços comenta que não costuma repor antes de completar quatro anos da data da concessão.

Em seguida, levantaram a problemática de um paciente dar entrada no atendimento em mais de um serviço ao mesmo tempo e, que o sistema não permite identificar esta duplicidade, caso os serviços não sejam municipalizados. Sem contar que ele não retorna ao serviço de atenção básica, gerando filas de espera e superlotação na Alta Complexidade.

Sobre este tema, um representante da área de TI, refere que consegue rastrear os atendimentos e a concessão de AASIs, por meio do número do cartão SUS, nome completo ou APAC de concessão, junto a empresas fornecedoras dos AASIs.

Sobre as empresas, houve o relato de queixas relacionadas ao acesso a assistência técnica. Nesse momento, retomou-se ainda os critérios para reposição, quando o valor estimado para conserto é elevado demais para as condições financeiras do paciente. Aqui, surge o questionamento de qual seria o valor para reparo que justificaria uma reposição. Notou-se que este é um critério muito particular de cada serviço.

O tema que surge em seguida é a referência e contra-referência entre os serviços. Os membros levantam a necessidade de um centro que assista a região do extremo leste da cidade, ainda carente de atendimento em saúde auditiva, o que faz a população se deslocar até a região central, mesmo para os acompanhamentos.

É preconizado que o paciente seja atendido próximo à região em que mora, em serviços de menor complexidade, mas o que ocorre de fato, por diferentes motivos é a superlotação dos serviços de maior complexidade, para dar conta do seguimento dos pacientes.

Neste momento, surge ainda a dificuldade no equacionamento da oferta de vagas pela Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde - CROSS. Aparentemente, há uma falha na comunicação entre as esferas municipais e estaduais, o que gera filas de espera para o atendimento.

Um dos serviços também levanta a dificuldade em torno da concessão de benefícios sociais, como o bilhete único para o transporte público. O paciente procura o serviço para refazer seus exames, apenas porque necessita um laudo atual sobre sua deficiência. Aqui não fica claro quais seriam os critérios para apenas renovar os benefícios, por meio de um documento atestando a deficiência, cuja validade seja indeterminada.

Ao final, é informado que está disponível para os serviços um material para uso em terapia fonoaudiológica e que é necessário conferir e enviar um documento à SMS. Neste momento, também é divulgado um evento de capacitação em IC, ofertado por membros de um serviço de Alta Complexidade. Este evento tem o caráter de supervisão de casos e ocorrerá bimestralmente, a fim de auxiliar a contra-referência no atendimento de pacientes implantados e a ampliação do acesso à terapia fonoaudiológica.

A segunda reunião ocorreu após cerca de três meses e teve sede no mesmo local, porém foi conduzida por uma representante do serviço de Alta Complexidade.

O primeiro tema exposto foi a problemática em relação a atrasos dos pacientes e a falta de documentação que seriam necessários para o primeiro atendimento. Surge então a hipótese que eles não estão sendo bem orientados e que o horário estipulado (7h30) não facilita o acesso, o que acaba dificultando a entrada nos serviços.

Para solucionar esse problema é, então, sugerida uma mudança nos horários deste primeiro atendimento, chamado de “acolhimento, escuta qualificada” (sic-participante), buscando facilitar o acesso. Outra estratégia seria anexar ao encaminhamento uma filipeta com a orientação do dia, horário e endereço de maneira mais visível.

Sobre a falta de informação, a coordenadora da CRS justifica que há uma certa rotatividade de funcionários na recepção das UBS, o que muitas vezes pode provocar esse desencontro de informações. Há, aparentemente, uma falha na capacitação, implicando em dificuldade na transmissão das informações aos usuários.

Por fim, é discutido novamente o fluxo de atendimento dentro do serviço e na rede, de uma forma geral. A regulação de vagas, o fluxo de referência e contra-referência mostram-se temas recorrentes neste CRS.

2. Descritivo por região - CRS Sul

Em agosto de 2012 é realizada também a observação do fórum nas dependências da DERDIC PUC-SP, que ocorreu em uma sala ampla e espaçosa, cuja disposição das cadeiras em roda, favoreceu a troca de olhares e o diálogo. Quem conduz a reunião são duas representantes da CRS Sul, juntamente com a coordenadora da SMS.

O primeiro tema exposto foi a demanda de atendimento otoneurológico e a dificuldade de agendamento pelo sistema CROSS, tendo em vista o estabelecimento de cotas por serviço. A realização de exames mais complexos, como o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE), com sedação ou anestesia geral, também foi exposto como de difícil agendamento.

Neste momento são citados três diferentes instrumentos utilizados para o agendamento das consultas, o sistema CROSS (gerenciado pelo Estado), SIGA-Saúde (gerenciado pelo município) e planilhas em *Excell* (chamado pelos participantes de “Mapão”) que circulam entre os serviços e a CRS via *e-mail*. Porém, ressaltam que há dificuldades de se identificar qual o nível de complexidade exigido no diagnóstico diferencial de cada caso, o que atrapalha o fluxo dentro da rede.

Como solução para a dificuldade na realização de exames mais complexos, é sugerido que cada serviço realize todos os exames clínicos possíveis, dentro de suas condições, com as ferramentas que tenham em mãos, para evitar o encaminhamento desnecessário à Alta Complexidade, que gera atrasos no diagnóstico e filas de espera.

O segundo tema foi a dificuldade em realizar a contra-referência no tocante ao acompanhamento dos pacientes que receberam AASIs ou IC pelo SUS, visando uma linha de cuidados. Os membros do fórum referem que o ideal seria o paciente voltar de maneira espontânea para a contra-referência, mas que isso dificilmente ocorre, que não há uma fidelização do paciente em seu território.

Por fim, é informado que o Audiômetro Pediátrico (PA) já está disponível para os NIRs da região e que será realizada uma capacitação para que os profissionais manipulem o equipamento para fins de triagem. Também são realizados informes sobre eventos de interesse comum.

O segundo fórum ocorreu no final do mês de dezembro, no mesmo local, porém em uma sala menor, ainda com as cadeiras dispostas em roda. Retomando os temas discutidos no encontro anterior, no início da reunião, os NIRs foram questionados quanto ao recebimento dos PAs e os presentes confirmaram o recebimento.

Em seguida, iniciou-se a apresentação de um representante do Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão – CEFAI, que é responsável por desenvolver ações de formação e projetos, produzir materiais, orientar e supervisionar as Salas de Apoio e Acompanhamento à Inclusão – SAAI, além de dispor de acervo bibliográfico e de disponibilizar equipamentos específicos para alunos com necessidades educacionais especiais. São 13 unidades do CEFAI vinculadas às Diretorias Regionais de Educação.

A representante coloca que no município estão presentes seis escolas municipais para deficientes auditivos, que por meio do decreto 52.785 de 10 de novembro de 2011, transformou as Escolas Municipais de Educação Especial (EMEEs) da rede municipal em EMEBS, unidades onde a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) é a primeira língua. Essas escolas receberam o nome de “Escolas Polo Bilingue”, que apesar de ser uma ótima iniciativa, por estar muito afastada da

residência de alguns alunos, dificulta e até impossibilita seu acesso (BRASIL, 2011d).

Outra dificuldade é a baixa adesão dos pais aos cursos oferecidos, como o curso específico para o uso da LIBRAS. Porém, evidencia-se que a escolha dos horários também não favorece o acesso dos pais, que muitas vezes trabalham e não podem se ausentar para participar dos cursos.

Neste momento ainda é citada a presença de estagiários que atuam com professores no atendimento a alunos com deficiência e transtorno global do desenvolvimento e, uma equipe de Auxiliares de Vida Escolar (A.V.Es), cuja função é acompanhar alunos com necessidades especiais, com pouca ou nenhuma autonomia, dando apoio intensivo na locomoção, alimentação e higiene.

Outro recurso mencionado foi o Sistema de Frequência Modulada (FMs), cuja inclusão prevê uma parceria da educação com a saúde. Neste momento poucas pessoas manifestaram-se quanto à inclusão, demonstrando, talvez, que poucos conheçam efetivamente este recurso.

Ao final, são discutidas as questões relacionadas a laudos médicos. Um dos participantes refere que “há pais que não querem que a criança mude de laudo, apenas para não perder os benefícios” (sic-participante). Então há uma discussão relacionada à importância do laudo, que este não deve paralisar, que as normas não devem interferir nos cuidados. Surge também uma discussão sobre o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), como um importante movimento que poderia, um dia, complementar o Código Internacional de Doenças (CID) e ampliar os olhares e o conhecimento.

3. Descritivo por região - CRS Sudeste

Durante o período estipulado para a coleta de dados, o fórum da CRS Sudeste que ocorreria em agosto foi cancelado, assim foi realizada apenas uma observação envolvendo este CRS, o qual foi realizado na sede da Coordenadoria de Saúde Sudeste, em uma sala ampla, com as cadeiras dispostas em roda.

Anteriormente ao início da reunião, a pauta foi entregue na forma impressa a todos os participantes, a qual englobava os seguintes assuntos: 1. Fluxo dos

serviços: porta de entrada; 2. Avaliação audiológica, região da Penha e fila de espera; 3. Implantação do NISA Italo Le Voci; 4. Fila de espera, Média e Alta Complexidade; 5. Implante coclear: casos do HC e a assistência; 6. Contra-referência.

Assim, com a pauta em mãos, os integrantes sugeriram uma mudança de prioridade nos temas e iniciaram a discussão pelo fluxo de referência e contra-referência, que aparentemente é um problema recorrente na região.

Os serviços referem que a contra-referência não tem acontecido, e que os pacientes não tem retornado após a realização de procedimentos na Média e Alta Complexidade. Um dos serviços, classificado como de Média Complexidade, explica que o encaminhamento é realizado apenas de forma verbal, sem nenhum tipo de protocolo formal e que realmente poucos pacientes retornam para o acompanhamento na própria instituição.

Assim, inicia-se um debate para tentar encontrar alguma solução viável para melhorar a adesão ao programa de acompanhamento. Surgem então, sugestões de vincular a entrega da pilha dos AASIs ao retorno e de solicitar que o paciente sempre venha acompanhado, para garantir a efetividade na comunicação, sem perda de informações importantes. Para facilitar ainda este fluxo, os presentes pactuam que haverá um dia e um horário específico para atendimento dos retornos.

Fica claro neste momento que cada serviço adéqua suas ações à realidade local e cria estratégias para manter o sucesso do programa, por meio de alternativas que vão além das previstas nas normas.

Outro tema abordado foi a solicitação de exames, sem a real necessidade, ou mesmo o encaminhamento para um serviço de Alta Complexidade, quando o problema poderia ser solucionado na Média Complexidade, dificultando o fluxo e criando filas de espera.

Em relação à fila de espera, os diferentes serviços têm se articulado para tentar minimizar o tempo entre a solicitação de um exame e sua realização, ou mesmo entre o diagnóstico e a concessão de um AASI ou realização de IC.

Anexo 14: Folder informativo dos locais de atendimento em São Paulo, NIR e NISA, por CRS.

NÚCLEO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - NIR	COORDENADORIA DE SAÚDE NORTE	NÚCLEOS INTEGRADOS DE SAÚDE AUDITIVA - NISA
<p>COORDENADORIA DE SAÚDE LESTE</p> <p>- NIR Nossa Senhora Aparecida Rua Paulino Serqueira, 01 - Itaquera</p> <p>- NIR José Bonifácio IV Rua Andréas Amon, 150 - Itaquera</p> <p>- NIR Tito Lopes Rua Antonio Gama de Cerqueira, 347 - São Miguel Paulista</p> <p>- NIR Jardim Tietê I Rua Engenho Novo, 120 - São Mateus</p> <p>- NIR Jardim Campos Rua Crescente, 97 - Itaim Paulista</p> <p>- NIR Camargo Novo Rua Bolaguaçu, 51 - Itaim Paulista</p> <p>- NIR Cidade Tiradentes Avenida Fernando Gânda, 14 - Cidade Tiradentes</p> <p>- NIR ACDEM (Associação Casa dos Deficientes de Ermelino Matarazzo) Rua Miguel Rachid, 596 - Ermelino Matarazzo</p> <p>- NIR Lar Vicentino Rua Ovídio Lopes, 253 - Ermelino Matarazzo</p> <p>- NIR Jardim Soares Rua Feliciano de Mendonça, 496 - Guadalupe</p> <p>COORDENADORIA DE SAÚDE SUL</p> <p>- NIR César Antunes Pedreira Rua Córrego Azul, 433 - Cidade Ademar</p> <p>- NIR M'Boi Mirim Av. Alexandrina Malisano de Lima, 601 - Jd. Herculano</p> <p>- NIR Jardim Marcelo Rua Gastão Raul Fournon Bousquet, 377 - Jd. Marcelo - Campo Limpo</p> <p>- NIR Santo Amaro Av. Vicente Rao, 429 - Campo Belo</p> <p>- NIR PiraJussara Av. Amadeu Silva Samelo, 423 - Campo Limpo</p> <p>- NIR Jardim Clipper Rua Dr. Carlos Pejallos, s/nº - Capela do Socorro</p> <p>- NIR Parelheiros Av. Senador Teotônio Villela, 8895 - Parelheiros</p>	<p>COORDENADORIA DE SAÚDE NORTE</p> <p>- NIR Prof. Armando de Aguiar Pupo - Tucuruvi Av. Nova Cantareira, 1467 - Tucuruvi</p> <p>- NIR Jaçanã Rua São Geraldino, 222 - Vila Constança/Jaçanã</p> <p>- NIR Carandiru Rua José Pereira Jorge, 305 - Vila Matia/Vila Guilherme</p> <p>- NIR Jardim Guanabara Avenida Petrônio Portela, 663 - Freguesia do Ó</p> <p>- NIR União das Vilas de Taipas Av. Eliso Teixeira Leite, 7703 - Jaraguá</p> <p>- NIR Perus Rua Júlio de Oliveira, 80 - Perus</p> <p>- NIR Maria Cecília Ferro Donnangelo Rua Rui de Moraes Apocalipse, 02 - Jardim do Tirol/Brasilândia</p> <p>- NIR Freguesia do Ó/Brasilândia Av. Santa Marina, 2147 - Freguesia do Ó</p> <p>COORDENADORIA DE SAÚDE SUDESTE</p> <p>- NIR Sapopemba Rua João Lopes de Lima, 1151 - Jardim Sapopemba</p> <p>- NIR Vila Prudente Praça do Centenário de Vila Prudente Velga Cabral, 108 - V. Prudente</p> <p>- NIR Tatuapé Rua Jarini, 730 - Tatuapé</p> <p>- NIR Vila Carrão Rua Dr. Jaci Barbosa, 280</p> <p>- NIR Dr. Flávio Giannotti Rua Xavier de Almeida, 210 - Ipiranga</p> <p>- NIR Dr. Alexandre Kalil Yasbek - Ceci Avenida Ceci, 2235 - Planalto Paulista/Vila Mariana</p> <p>- NIR Parque Arthur Alvim Rua Henrique Jacobs, 269 - Penha</p> <p>COORDENADORIA DE SAÚDE CENTRO-OESTE</p> <p>- NIR Jardim Peri-Peri Rua João Guerra, 247 - Jardim Peri-Peri/Butantã</p> <p>- NIR Dr. Fernando Ramires Cruz - Lapa Rua Bitigadelro Gavião Pelxoto, 727 - Lapa</p> <p>- NIR Santa Cecília Dr. Humberto Pascale Rua Vitorino Carmilo, 599 - Campos Eliseos</p>	<p>NÚCLEOS INTEGRADOS DE SAÚDE AUDITIVA - NISA</p> <p>COORDENADORIA DE SAÚDE LESTE</p> <p>- NISA Tito Lopes Rua Antonio Gama de Cerqueira, 347 - São Miguel Paulista</p> <p>- NISA Jardim São Carlos Rua Macabú, 35 - Jd. São Carlos/Guadalupe</p> <p>- NISA Vila Nossa Senhora Aparecida Rua Paulino Serqueira, 01 - Itaquera</p> <p>COORDENADORIA DE SAÚDE SUL</p> <p>- NISA Milton Aldred Rua São Caetano do Sul, 381 - Grajaú</p> <p>- NISA M'Boi Mirim Av. Alexandrina Malisano de Lima, 601 - M'Boi Mirim</p> <p>- NISA Jardim Marcelo Rua Gastão Raul Fournon Bousquet, 377 - Campo Limpo</p> <p>- NISA Santo Amaro Av. Vicente Rao, 429 - Jardim Petrópolis</p> <p>COORDENADORIA DE SAÚDE NORTE</p> <p>- NISA Il Pirituba - José Soares Hungria Endereço: Av. Menotti Laudisio, 100</p> <p>- NISA Tucuruvi - Prof. Armando de Aguiar Pupo Av. Nova Cantareira, 1467 - Tucuruvi</p> <p>- NISA Casa Verde Balza - Walter Elias Rua Mourão Vieira, 11 - Casa Verde Balza</p> <p>COORDENADORIA DE SAÚDE SUDESTE</p> <p>- NISA Flávio Giannotti Rua Xavier de Almeida, 210 - Ipiranga</p> <p>- NISA Ceci - Dr. Alexandre Kalil Yasbek Avenida Ceci, 2235 - Planalto Paulista</p> <p>- NISA Il Dr. Maurice Patê - Penha Praça Nossa Senhora da Penha, 55 - Penha</p> <p>- NISA Ítalo Domingos Le Voocil Rua Maria Crespi, 91 - Mooca</p> <p>COORDENADORIA DE SAÚDE CENTRO-OESTE</p> <p>- NISA Jardim Peri-Peri Rua João Guerra, 247 - Jardim Peri-Peri/Butantã</p> <p>- NISA Lapa - Dr. Fernando Ramires Cruz Rua Bitigadelro Gavião Pelxoto, 727 - Lapa</p> <p>- NISA Santa Cecília - Dr. Humberto Pascale Rua Vitorino Carmilo, 599 - Campos Eliseos</p>

Fonte: Site da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Primeira página do curriculum lattes do pesquisador

Gislene Inoue Vieira

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1845481582068893>

Última atualização do currículo em 02/01/2013

Fonoaudióloga graduada pela UNIFESP, com especialização em Atenção Primária em Audiologia pela FM/USP e Gestão de RH em Saúde pela FSP/USP. Possui ainda aprimoramento em Audiologia Educacional pela DERDIC/ PUC-SP. Atualmente é mestrande da FSP/USP. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Gislene Inoue Vieira

Nome em citações bibliográficas VIEIRA, G. I.

Formação acadêmica/titulação

2011 Mestrado em andamento em Saúde Pública.

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Título: Política Nacional de Saúde Auditiva: estudo avaliativo no município de São Paulo, Orientador: Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira.

Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.

Palavras-chave: políticas públicas; saúde auditiva.

Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.

Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Fonoaudiologia / Subárea: Audiologia.

2008 – 2009 Especialização em Gestão de RH em saúde. (Carga Horária: 528h).

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA -UNIVERSIDADE DE SÃO, FSP, Brasil.

Título: Os caminhos e desafios da implementação de um sistema de gestão da qualidade.

Orientador: Prof. Dr. Volnei Gonçalves Pedroso.

2005 – 2006 Especialização em Audiologia. (Carga Horária: 708h).

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Título: Crianças de creche na visão de pais, educadores e fonoaudiólogos: aspectos auditivos e fatores associados.

Orientador: Diná Olivetti de Carvalho Hubig.

2006 – 2007 Aperfeiçoamento em A clínica fonoaudiológica e o deficiente auditivo. (Carga Horária: 500h).

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.

Título: A clínica fonoaudiológica e o deficiente auditivo. Ano de finalização: 2007.

Orientador: Profa. Dra. Clay Rienzo Balieiro.

2001 – 2004 Graduação em Fonoaudiologia.

Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil.

Título: Próteses Auditivas e seus benefícios: aplicação de um questionário de auto-avaliação.

Orientador: Profa. Dra. Maria Cecília Martineli Iório.

Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.

Primeira página do curriculum lattes do orientador

Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5048959810978564>

Última atualização do currículo em 29/11/2012

Possui graduação em Educador Sanitário pela Universidade de São Paulo (1960), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1977) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1983). Atualmente é professora doutora da Faculdade de Saúde Pública e professor doutor da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em promoção da saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: promoção da saúde, escola promotora da saúde, educação em saúde e tabagismo. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira

Nome em citações bibliográficas PEREIRA, I. M. T. B.

Endereço

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.
Av. Dr. Arnaldo 715 Cerqueira Cesar 01246904 - São Paulo, SP – Brasil Telefone: (11) 30667717 Ramal: 7761

Formação acadêmica/titulação

1979 - 1983

Doutorado em Doutorado em Saúde Pública.

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Título: Educação em Saúde em Unidades Sanitárias do Município de São Paulo, Ano de obtenção: 1983.

Orientador: Ruth Sandoval Marcondes.

Palavras-chave: Educação em Saúde.

Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Saúde Escolar.

Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.

Setores de atividade: Educação; Saúde Humana.

1974 - 1977

Mestrado em Mestrado em Saúde Pública.

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Título: O Educador de Saúde Pública em um Sistema de Educação, Ano de Obtenção: 1977.

Orientador: Ruth Sandoval Marcondes.

Palavras-chave: Educação em Saúde.

Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Educação Em Saúde.

Setores de atividade: Educação; Saúde Humana.

1957 - 1960

Graduação em Educador sanitário.

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.