



# Saúde auditiva no Brasil: análise quantitativa do período de vigência da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva

## Hearing health in Brazil: quantitative analysis of the duration of the National Hearing Health Care Policy

## Salud auditiva en Brasil: análisis cuantitativo de la duración de la Política Nacional de Salud Auditiva

*Gislene Inoue Vieira\**  
*Beatriz de Castro Andrade Mendes\*\**  
*Marina Morettin Zupelari\*\*\**  
*Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira\**

### Resumo

Introdução: Novas políticas foram adotadas ao longo do tempo, a partir da criação do Sistema Único de Saúde, visando o aprimoramento das ações em saúde auditiva e o estabelecimento de uma rede de cuidados àqueles que possuem algum tipo de dificuldade auditiva. A instituição da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, em 2004, revogada pelo atual Plano Viver sem Limite, foi um grande marco na área, alcançando grandes conquistas, porém inúmeros desafios. Objetivo: Descrever a rede de atenção à saúde auditiva no Brasil, especificamente no município de São Paulo, por meio de dados coletados em um sistema de informações. Método: O levantamento de dados dos serviços e procedi-

\* Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo.

\*\* Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

\*\*\* Faculdade de Odontologia Bauru – Universidade São Paulo.

**Conflito de interesses:** Não.

**Contribuição dos autores:** GIV: Administração do projeto, coleta e análise de dados, redação inicial do manuscrito, elaboração da discussão; BCAM: Supervisão do projeto, concepção, desenho, análise e revisão científica do estudo, tradução para inglês e espanhol; IMTBP: Aprovação final do conteúdo a ser publicado, supervisão do projeto, contribuição intelectual para o conteúdo; MMZ: Coleta e análise parcial dos dados, redação e revisão final do manuscrito, contribuição intelectual para o conteúdo..

**Endereço para correspondência:** Gislene Vieira.

E-mail: gislene\_inoue@yahoo.com.br

**Recebido:** 19/07/2015 **Aprovado:** 27/10/2015



mentos foi realizado no site do Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Após a coleta, foi realizada a organização e a análise descritiva da produção dos procedimentos que implicam à saúde auditiva, registrados pelos serviços nacionais e especificamente do município de São Paulo. Resultados: Os centros de referência encontravam-se distribuídos territorialmente de maneira desigual, tanto em caráter nacional, como local. Houve uma crescente concessão de aparelhos de amplificação sonora individual e implantes cocleares, porém, o quantitativo de procedimentos que garantem o uso efetivo e o pleno desenvolvimento dos indivíduos por meio da longitudinalidade do cuidado estava aquém do esperado. Conclusão: A saúde auditiva encontra-se na agenda de prioridades do governo, dentro da macropolítica da pessoa com deficiência. O momento é oportuno para novas discussões e direcionamentos das ações, para que de fato ocorram as inclusões necessárias e urgentes.

**Palavras-chave:** Audiologia; Perda auditiva; Auxiliares de audição; Sistema Único de Saúde; Políticas públicas de saúde.

### **Abstract**

*Introduction: New policies were adopted, over time, from the creation of the Sistema Único de Saúde, aiming to improve the actions of hearing health and the establishment of a network of care to those who have some kind of hearing impairment. The institution of the National Policy of Attention to Hearing Health in 2004, revoked by the current plan Viver Sem Limite, was a major landmark in the area, attaining great achievements, but numerous challenges. Purpose: To describe the network of attention to the hearing health in Brazil, specifically in São Paulo, through data collected in an information system. Methods: Data collection services and procedures were conducted at the SUS Department of Information website - DATASUS. After collection, the organization was held and the descriptive analysis of production procedures involving the hearing health were registered by the national authorities and, specifically, in the city of São Paulo. Results: The reference centers were territorially-distributed unevenly, both in national character, as local. There was a growing granting of individual hearing aids and cochlear implants, but the amount of procedures to ensure the effective use and the full development of individuals, through the care longitudinality were below expectations. Conclusion: Hearing health is the government's priority agenda within the macro policy of person with disabilities. The time is ripe for further discussions and directions of actions, so that actually occur the necessary and urgent inclusions.*

**Keywords:** Audiology; Hearing loss; Hearing aids; Unified Health System; Public health police..

### **Resumen**

*Introducción: Las nuevas políticas fueron adoptadas en el tiempo de la creación del Sistema Único de Salud, destinadas a mejorar las acciones de salud y el establecimiento de una red de atención a aquellos que tienen algún tipo de discapacidad auditiva. La institución de la Política Nacional de Atención a la Salud, revocada por la corriente del plan Viver sem Limite, fue un hito importante, que alcanzó grandes logros, pero numerosos desafíos. Objetivo: Describir la red de atención a la salud auditiva en Brasil, específicamente en São Paulo, a través de los datos recogidos en un sistema de información. Metodología: Recogida de datos y procedimientos en la página web SUS - DATASUS. Organización y análisis descriptivo de los procedimientos de producción que involucran la salud auditiva, registrada por las autoridades nacionales y en concreto en la ciudad de São Paulo. Resultados: Los centros de referencia se distribuyen territorialmente de modo desigual, tanto en nivel nacional, como local. Hubo una concesión cada vez más grande de aparatos auditivos e implantes cocleares, pero la cantidad de procedimientos para garantizar el uso eficaz y el pleno desarrollo de las personas, a través de la longitudinalidad del cuidado estaban debajo de las expectativas. Conclusión: la salud auditiva es agenda prioritaria del gobierno dentro de la política macro de la persona con discapacidad. El momento es oportuno para proseguir los debates y las direcciones de las acciones, para que de hecho se produzcan las inclusiones necesarias y urgentes.*

**Palabras clave:** Audiología; Pérdida auditiva; Audífonos, Sistema Único de Salud; Políticas públicas de salud.



## Introdução

De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), obtidas por meio de 42 estudos de base populacional, mais de 5% da população mundial possui perda auditiva incapacitante, sendo que 91% são adultos e o restante, crianças. Desse grupo, 50% das perdas auditivas poderiam ser evitadas com ações em prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado<sup>1</sup>.

No Brasil, pelo último Censo Demográfico, identificou-se que das quatro deficiências pesquisadas, 23,9% das pessoas possuem pelo menos uma delas; 18,5% apresentam dificuldade visual, 5,1% auditiva, 7% motora e 1,40% mental. Especificamente em relação à audição, mais de 7,5 milhões de pessoas relataram possuir alguma dificuldade, sendo mais de 2,1 milhões os casos de deficiência auditiva severa<sup>2</sup>. Destaca-se, porém, o alto grau de subjetividade desses dados, visto que eles são coletados por meio de um questionário no qual a pessoa deve autorreferir ser portadora de uma dificuldade.

De qualquer forma, essas são as informações mais atuais em caráter nacional, que, aliadas aos dados coletados nos sistemas de informações como o DATASUS, fornecem parâmetros para a formulação, execução e análise das políticas públicas em saúde<sup>3</sup>. Ressalta-se, ainda, estudos locais de caráter epidemiológico<sup>4,5</sup>. O levantamento de informações sobre todos os procedimentos ambulatoriais realizados no país é possível de ser realizado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), disponível no site [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) como parte das políticas de acessibilidade universal do sistema de saúde público brasileiro, estendida também para os dados administrativos<sup>3</sup>.

Há um consenso sobre a importância central do sistema de informação para avaliação das Políticas de Saúde, tanto na literatura especializada como em documentos resultantes de encontros e fóruns entre os diferentes grupos de interesse<sup>6</sup>.

Tais informações contribuíram para que no ano 2000 se estabelecesse a Portaria SAS/MS nº 432 que regulamentou, em âmbito ambulatorial, o diagnóstico, a adaptação de aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) e o acompanhamento de indivíduos com dificuldades auditivas<sup>7</sup>.

Alguns anos depois, apoiado em dados, nos princípios do SUS e visando complementar o atendimento à população, promulgou-se a Política

Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) por meio da Portaria GM/MS nº 2.073 de 28 de setembro de 2004. Essa política foi implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde (MS), as Secretarias de Estado de Saúde (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), apresentando como um dos seus objetivos maiores a organização de uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação), perpassando todos os níveis de atenção<sup>8</sup>. Essa política organizou e sistematizou todos os serviços de saúde auditiva no Brasil até o final do ano de 2011, quando, por meio do Decreto nº 7.612, o governo lançou o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limite, o qual possui ações estratégicas em quatro eixos temáticos – educação, saúde, inclusão social e acessibilidade, envolvendo não mais apenas a saúde, mas 15 Ministérios<sup>9</sup>.

Esse plano revoga a política até então vigente, com o objetivo ampliado 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”<sup>9</sup>.

As ações, na atenção especializada, passam a ser realizadas basicamente pelos Centros Especializados de Reabilitação (CER), que fazem avaliação, diagnóstico, orientações, estimulação precoce e atendimento especializado em reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território. São classificados em CER II, III ou IV, de acordo com o número de modalidades de reabilitação atendidas, sendo o CER I permitido apenas no caso de antigos serviços previamente credenciados para o atendimento de uma única deficiência<sup>10</sup>.

Esse novo conceito de redes de saúde se refere à articulação da política com toda a linha de cuidados, desde a atenção básica, passando pela rede especializada, odontológica, materno-infantil, até a atenção hospitalar e de urgência/emergência, sendo estabelecidas ações em cada nível de atenção à saúde. Assim, o plano “Viver sem Limite” visa implementar novas iniciativas e intensificar as medidas já desenvolvidas pelo governo, em benefício das pessoas com deficiência, melhorando o acesso aos direitos básicos, tais como educação,



transporte, mercado de trabalho, qualificação profissional, moradia e saúde<sup>11</sup>.

A proposta do plano é que as ações da equipe multiprofissional sejam desenvolvidas a partir das necessidades de cada indivíduo e conforme o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade, privilegiando aspectos relacionados à inclusão social, o desempenho das atividades e a participação no seu meio familiar, na comunidade e na sociedade<sup>12</sup>.

Assim, tendo em vista essas considerações – a relevância da deficiência auditiva, seu impacto na qualidade de vida da população e o momento de mudanças e reorganização das redes de cuidados à saúde auditiva –, pretendeu-se descrever a rede de saúde auditiva no Brasil, em especial no município de São Paulo (SP), por meio de dados quantitativos coletados em um sistema de informações, durante o período de vigência da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva e um ano subsequente à sua revogação.

Dessa maneira, foram elencados alguns dos entraves encontrados na implementação das políticas, refletindo sobre o modo como as diretrizes governamentais influem nas práticas diárias, e estas, nos dados, os quais podem nortear ações modificadoras, visando ao aprimoramento dos resultados.

## Material e método

Os dados aqui apresentados são parciais e fazem parte da dissertação de mestrado intitulada: Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: o caso do município de São Paulo. Para tanto, em respeito à Resolução CNS 196/96 e suas complementares, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública

da Universidade de São Paulo, obtendo aprovação sob número OF. COEP/062/12.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, retrospectiva e transversal, de natureza analítica, na qual se selecionou o período de análise de 2004 a 2012, tomando como marco inicial a promulgação da PNAS, perpassando o período de transição para as políticas atuais.

Os dados foram coletados no SIA-SUS (Sistema de Informação Ambulatorial - SUS), responsável pela captação e processamento das contas ambulatoriais do SUS, e posteriormente foi realizada uma análise descritiva das variáveis, relacionando-as com a implementação das ações no âmbito nacional e municipal.

Para a análise local, optou-se pelo município de São Paulo, o qual possui 1.521.101 Km<sup>2</sup> de área territorial e população estimada em 11.253.503, com densidade demográfica de 7.387,69 hab/km<sup>2</sup>, sob administração de gestão plena<sup>2</sup>. A cidade de São Paulo é dividida em regiões administrativas, sendo cinco Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) – regiões Norte, Centro-Oeste, Sudeste, Leste e Sul; cada uma delas, por sua vez, é novamente dividida em 25 Supervisões Técnicas de Saúde (STS)<sup>13</sup>. O município é capital do Estado mais rico do país, onde se concentram grande parte dos programas em saúde auditiva, bem como profissionais capacitados na área<sup>14</sup>.

Buscou-se, então, realizar o levantamento quantitativo dos procedimentos relacionados à adaptação de aparelhos, implantes cocleares e procedimentos clínicos incluídos na “Tabela SUS”, referentes aos dados dos serviços de saúde auditiva do país e do município de São Paulo (Tabela 1).

TABELA 1 - QUANTITATIVO DE ESTABELECIMENTOS HABILITADOS POR REGIÃO/UF (DADOS REFERENTES A FEVEREIRO DE 2013)

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
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>71</b>	<b>84</b>	<b>180</b>	<b>190.755.799</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES .  
Legenda: UF – Unidade Federativa; IC – Implante Coclear; MC – Média Complexidade; AC – Alta Complexidade.

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

Esta análise é fruto de um recorte no qual foi escolhido primeiramente os procedimentos de interesse e, posteriormente, a verificação dos códigos

de cada um deles, antes e depois da tabela modificada em 2008, cujo resultado encontra-se exposto de maneira simplificada no Quadro 1.

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 em adulto
3901104 – Terapia fonoaudiológica individual em adulto	
3901105 – Acompanhamento paciente até 3 anos com AASI uni/bilateral	
3901106 – Acompanhamento paciente maior de 3 anos com AASI uni/bilateral	0301070032 – Acompanhamento paciente adaptado com AASI uni/bilateral
3901107 – Acompanhamento paciente maior de 15 anos com AASI uni/bilateral	
3901110 – Acompanhamento de criança com IC	
3901111 – Acompanhamento de adulto com IC	0301070016 – Acompanhamento de paciente 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-auricular tipo A	0701030186 – Reposição de AASI externo intra-auricular tipo A
3902205 – Reposição AASI externo intra-auricular tipo B	0701030194 – Reposição de AASI externo intra-auricular tipo B
3902206 – Reposição AASI externo intra-auricular tipo C	0701030208 – Reposição de AASI externo intra-auricular tipo C
3902207 – Reposição de AASI externo intracanal tipo A	0701030216 – Reposição de AASI externo intracanal tipo A
3902208 – Reposição de AASI externo intracanal tipo B	0701030224 – Reposição de AASI externo intracanal tipo B
3902209 – Reposição de AASI externo intracanal tipo C	0701030232 – Reposição de AASI externo intracanal tipo C
3902210 – Reposição de AASI externo microcanal tipo A	0701030240 – Reposição de AASI externo microcanal tipo A
3902211 – Reposição de AASI externo microcanal tipo B	0701030259 – Reposição de AASI externo microcanal tipo B
3902212 – Reposição de AASI externo microcanal tipo C	0701030267 – Reposição de AASI externo microcanal 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

**Quadro 1:** Procedimentos selecionados para análise do presente estudo.

Fonte: Elaborado pela autora. Códigos com base no Anexo da Portaria nº 587, identificados na tabela de Procedimentos Unificada do SUS .

Legenda: AASI – Aparelho de Amplificação Sonora Individual; IC – Implante Coclear.

Após o levantamento dos 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 completa 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 AASI e Implantes Cocleares (IC);
- Procedimentos de verificação do benefício dos dispositivos, por meio do ganho de inserção (GI) e do ganho funcional (GF);
- Quantitativo de acompanhamento fonoaudiológico de pacientes usuários de AASI e IC, bem como terapia individual;
- AASI dispensados e repostos, segundo a categoria tecnológica A, B ou C, classificados de acordo com o anexo IV da portaria nº 587, modificados no documento “Instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual”<sup>12,15</sup>.

A primeira análise buscou os serviços credenciados, conforme os códigos: 0302 - Diagnóstico/tratamento/reabilitação auditiva

<sup>12</sup>Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp> .

média complexidade (MC); 0303 - Diagnóstico/tratamento/reabilitação auditiva alta complexidade (AC); e 0301 - Centros/núcleos de realização do IC. Assim, foi possível traçar um panorama da distribuição dos locais de atendimento.

## Resultados

Os serviços credenciados como de média e alta complexidade totalizavam 155 serviços distribuídos pelas cinco regiões do país, chegando-se ao total de 180 habilitações no território nacional – somando-se os 25 serviços de IC –, com maior concentração na região sudeste (n=75) e menor na norte (n=9), sendo que, nesta última, apenas um local era habilitado para a realização de IC (Tabela 1).

Seguindo a mesma categorização anterior, em relação ao município de São Paulo, até fevereiro de 2013, havia três serviços cadastrados para a realização de cirurgias de implante coclear (cod 0301 - IC), quatro habilitados como de média complexidade (cod 0302 - MC) e quatro como de alta (cod 0303 - AC), a saber:

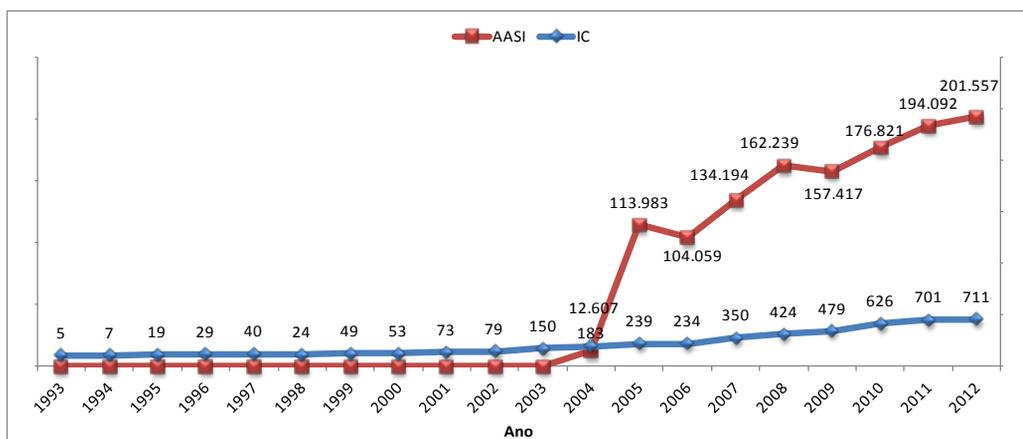
- Cod 0301 – IC: Hospital das Clínicas de São Paulo / Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); Hospital São Paulo - Hospital de Ensino da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Santa Casa de São Paulo - Hospital Central São Paulo.

- Cod 0302 – MC: Ambulatório de Especialidade Penha Maurice Patê; Hospital da Santa Casa de Santo Amaro; Hospital Municipal Pirituba José Soares Hungria; Instituto CEMA de Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

- Cod 0303 – AC: Fundação São Paulo - Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (DERDIC); Hospital das Clínicas de São Paulo - FMUSP; Hospital São Paulo - Hospital de Ensino da UNIFESP; Santa Casa de São Paulo - Hospital Central São Paulo.

No que se refere ao quantitativo dos procedimentos de concessão de AASI e IC, os dados coletados trazem informações de crescimento a partir de 1993 quanto às cirurgias de IC, e a partir de 2004, coincidente à promulgação da PNAS, quanto ao fornecimento de AASI (Figura 1).

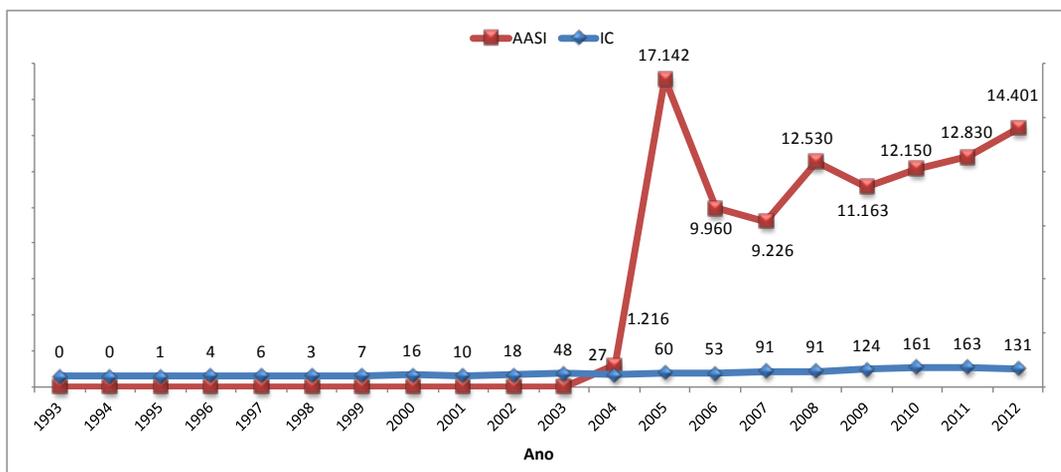
No município de São Paulo, observa-se semelhante aumento (Figura 2).



**Figura 1:** Quantitativo de AASI e IC concedidos entre 1993 e 2012, no Brasil.

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

Legenda: AASI – Aparelho de Amplificação Sonora Individual; IC – Implante Coclear



**Figura 2:** Quantitativo de AASI e IC concedidos entre 1993 e 2012, no município de São Paulo. Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES. Legenda: AASI – Aparelho de Amplificação Sonora Individual; IC – Implante Coclear.

Em relação ao quantitativo dos procedimentos de verificação do benefício dos dispositivos, por meio do ganho de inserção e do ganho funcional, notou-se um aumento na realização desses, porém,

tanto no território nacional quanto municipal, ainda aquém do esperado se comparado ao número de IC e AASI concedidos (Tabela 2 e 3).

**TABELA 2 – 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 3 – QUANTITATIVO ANUAL DE REALIZAÇÃO DO GANHO DE INSERÇÃO E GANHO FUNCIONAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.**

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.

O acompanhamento audiológico, composto por procedimentos periódicos que consistem em avaliações otorrinolaringológicas e audiológicas, pode ser explicitado por meio do quantitativo de: acompanhamento de pacientes implantados e

protetizados e da terapia fonoaudiológica individual, os quais apresentaram crescimento significativo desde 2004, porém aquém do esperado se comparados ao crescente número de concessões (Tabela 4 e 5).

**TABELA 4 – QUANTITATIVO DOS PROCEDIMENTOS DE TERAPIA E ACOMPANHAMENTO NO BRASIL**

ANO	Acompanha- mento de paciente – IC	%	Acom- panha- mento de paciente – AASI	%	Terapia Fonoau- diológica Individu- al	%	Total
2004	181	1,5%	8.176	68,4%	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	21,9%	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.

Legenda: AASI – Aparelho de Amplificação Sonora Individual; IC – Implante Coclear.

**TABELA 5 – QUANTITATIVO DOS PROCEDIMENTOS DE TERAPIA E ACOMPANHAMENTO NO MUNICÍ-  
PIO DE SÃO PAULO**

ANO	Acompa- nhamento de pacien- te – IC	%	Acompa- nhamento de pacien- te – AASI	%	Terapia Fonoau- diológica Individual	%	Total
2004	0	0,0%	155	100,0%	0	0,0%	155
2005	101	0,9%	2.029	17,1%	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	79,5%	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	82,7%	188.305
2012	3.644	1,9%	32.762	17,5%	150.750	80,6%	187.156

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

Legenda: AASI – Aparelho de Amplificação Sonora Individual; IC – Implante Coclear.

Vale ressaltar que, em relação ao procedimento de terapia fonoaudiológica (código 301070113 – terapia fonoaudiológica individual), a partir do ano de 2012 este código passou a ser utilizado por outros serviços além dos serviços de reabilitação auditiva, no atendimento de pessoas com outras deficiências, como paralisia cerebral. Apesar disso, esta modificação não refletiu nos resultados no ano de 2012 deste procedimento.

Quanto aos AASI dispensados e repostos, segundo as categorias tecnológicas, percebe-se que, nem em âmbito nacional nem local, a distribuição entre 50%, 35% e 15%, nas respectivas categorias, era respeitada pelos serviços, sendo identificado um número relativamente menor de concessão de AASI da categoria A do que seria esperado (Tabelas 6 e 7).

**TABELA 6 – QUANTITATIVO DA DISTRIBUIÇÃO DE AASI POR CATEGORIA NO BRASIL**

AASI							Total AASI	REPOSIÇÃO			Total REP.	Total
Ano	Tipo A	%	Tipo B	%	Tipo C	%		Tipo A	Tipo B	Tipo C		
2004	5.970	49%	4.377	36%	1.912	15%	12.259	218	104	26	348	12.607
2005	53.049	48%	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	39%	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.

Legenda: AASI – Aparelho de Amplificação Sonora Individual; REP – Reposição.

**TABELA 7 – QUANTITATIVO DA DISTRIBUIÇÃO DE AASI POR CATEGORIA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

AASI							TOTAL AASI	REPOSIÇÃO			TOTAL REP.	TOTAL
ANO	TIPO A	%	TIPO B	%	TIPO C	%		Tipo A	Tipo B	Tipo C		
2004	663	55%	493	40%	57	5%	1.213	0	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	56%	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.

Legenda: AASI – Aparelho de Amplificação Sonora Individual.

## Discussão

O estudo permitiu um panorama do campo da saúde auditiva pelo território nacional e, em especial, no município de São Paulo, com base nos dados quantitativos de procedimentos envolvendo mais especificamente a saúde auditiva no âmbito clínico. Porém, vale ressaltar as limitações em identificar como essas ações se refletem no dia a dia dos sujeitos, em áreas que extrapolam os procedimentos da saúde, as quais demonstram como de fato os sujeitos estão implicados e fazem uso de seus recursos.

De acordo com as atuais propostas do Plano Viver sem Limite e com a necessidade de se implementarem as novas Redes de Atenção à Saúde (RAS), distanciando-se da fragmentação da atenção, o levantamento do quantitativo de procedimentos realizados também limita a análise do follow up de cada paciente, com base em suas singularidades. Essa análise individualizada seria necessária para a verificação da efetividade e eficiência dos serviços no que tange ao sucesso da integralidade, com base nos fluxos assistenciais.

Nota-se que esses dados secundários, provenientes do banco de dados do MS, por serem de fácil acesso e disponibilizarem informações de todo o território nacional ou específico de um município, tornam-se aliados na análise de ações políticas como um todo, porém não fornecem subsídios claros que permitam orientar os gestores públicos no planejamento, programação e avaliação das ações dentro das linhas de cuidado.

Mesmo assim, com os dados em mãos, é possível levantar hipóteses considerando-as com cautela, tendo em vista que os dados estão suscetíveis a erros de digitação e inconsistências, que podem interferir na confiabilidade das informações, algo inerente a estudos que utilizam o SIA-SUS. Esta mesma consideração deve ser feita quando utilizamos os dados provenientes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), pois suas atualizações devem ser contínuas, exigindo do gestor a manutenção das informações a fim de manter os

dados confiáveis, o que muitas vezes não acontece de fato. Além disso, 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.

Após consulta ao SIA/SUS, sobre a produção ambulatorial em saúde auditiva referente ao primeiro semestre de 2004, pesquisadores verificaram que o atendimento à 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<sup>16</sup>.

Esses dados impulsionaram mudanças e a reformulação da política de saúde auditiva no país, instituindo a PNASA em setembro de 2004, visando a contemplar as ações baseadas na integralidade, desde a promoção da saúde até a reabilitação, ao longo da vida de um indivíduo, como preconizado nas linhas do cuidado integral.

Desde então, poucos estudos foram publicados mostrando novos dados desses levantamentos, os quais possibilitariam o exame da implementação da PNASA e também a otimização dos recursos financeiros disponibilizados na área<sup>17,18</sup>. Mais recentemente, alguns autores apresentaram um apanhado geral sobre procedimentos relacionados à saúde auditiva, sendo que a forma de coleta e análise dos dados, apresentados neste artigo, seguiram orientações semelhantes e pretendem ser complementares<sup>3,19,20</sup>.

Quanto à distribuição dos serviços, foram verificados alguns esvaziamentos, identificando 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%<sup>21</sup>. Evidenciando-se,



assim, a necessidade de acompanhar as 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 serviços, por meio da base populacional – proposta pela portaria nº 587 – nas regiões norte e centro-oeste, o quantitativo dos locais de atendimento mostrou-se bastante inferior se comparado às outras regiões, o que possivelmente dificulta o acesso ao atendimento e provoca um movimento para outras regiões<sup>15</sup>. 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). Essa portaria garante 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<sup>22</sup>.

Muitos pacientes, inclusive, vêm ao Estado de São Paulo em busca de tratamentos e percorrem grandes distâncias por não terem informações suficientes da existência de serviços mais próximos à sua residência. Historicamente, São Paulo é um importante polo, que oferece serviços a todo território nacional. Assim, seguindo apenas a lógica de base populacional, o município de São Paulo, em especial, atingiu sua capacidade máxima, porém ainda insuficiente, se pensarmos na demanda nacional. A distribuição dos serviços deve prever a organização do fluxo para os serviços de referência e necessidades da população.

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

No caso da região da grande São Paulo, oito serviços faziam parte da rede municipal – entre média e alta complexidade – sendo que, na pactuação com a SES, foram estabelecidas referências

para os municípios vizinhos de Osasco, Mogi das Cruzes e Registro<sup>23</sup>.

Em relação ao quantitativo dos procedimentos de concessão de AASI e IC, os dados coletados trazem informações importantes a partir de 2004, com a instituição da PNASa e o 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 AASI, quanto na realização de cirurgias de IC. No município de São Paulo, observa-se semelhante crescimento, sendo o quantitativo de cirurgias de IC no município significativo frente aos dados nacionais, possivelmente devido à concentração de estabelecimentos de alta complexidade vinculados a instituições de ensino e pesquisa.

Em relação à verificação do benefício dos dispositivos, por meio do ganho de inserção (GI) – medida com microfone sonda – e do ganho funcional (GF) – 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 AASI concedidos.

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

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

O GI é um procedimento imprescindível, tanto na adaptação pediátrica quanto adulta, sendo necessário, em bebês, a utilização de métodos objetivos como o RECD (Real Ear Coupler Difference) – diferença entre o ouvido real e o acoplador de 2 cc<sup>24</sup>. Esse, porém, foi realizado em porcentagem muito menor em comparação ao GF, fato que não poderia ser justificado pela falta de equipamento apropriado, visto que este é obrigatório nos serviços. Outra hipótese, a falta de capacitação dos recursos humanos, também não se aplicaria, pois, em São Paulo, muitos centros estão vinculados inclusive a instituições de ensino. Assim, levanta-se a hipótese

de que os profissionais não estão suficientemente seguros para realizar este procedimento, não encontram tempo suficiente para a verificação ou mesmo não sentem necessidade técnica.

Uma das possíveis medidas a serem adotadas para o aprimoramento de profissionais da área seria o uso da tele-educação interativa, a qual enfatiza a importância da criação de materiais educacionais numa proposta de educação profissional e ao paciente na área da audiologia, sendo esta uma alternativa de descentralização de conhecimento e atendimento especializado num país de dimensões geográficas extensas como o Brasil, onde há heterogeneidade na distribuição de fonoaudiólogos e serviços especializados<sup>25</sup>. De qualquer maneira, os serviços de saúde auditiva precisam garantir de algum modo – à pessoa com deficiência auditiva – o melhor uso possível da comunicação, portanto, precisam oferecer um processo de reabilitação que garanta não só a seleção, adaptação e verificação dos AASI e/ou IC, mas também o acompanhamento periódico para o monitoramento audiológico e a terapia fonoaudiológica.

Para o acompanhamento audiológico, procedimento periódico, de acordo com a idade do sujeito, são realizadas avaliações otorrinolaringológicas e audiológicas, buscando 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<sup>26</sup>. Semelhante processo ocorre quanto ao acompanhamento do IC.

O predomínio de ações centradas na concessão de AASI e IC, somados à fragmentação do atendimento público na rede de saúde auditiva, anteriormente à implantação da PNASA, de certa maneira restringiu a realização de outros procedimentos como a terapia fonoaudiológica e o acompanhamento audiológico, o que é passível de críticas, uma vez que tais procedimentos são reconhecidos como imprescindíveis para o pleno benefício com o uso dos AASI<sup>16</sup>.

Após a implementação da política, ao considerar a terapia fonoaudiológica essencial para que o paciente tenha benefícios com o uso da amplificação, por meio de um atendimento integral, verifica-se que esse procedimento vem sendo incorporado gradativamente à rotina dos serviços, incorporação essa que reflete a tendência mundial nos serviços de saúde auditiva<sup>27</sup>.

Para encontrar o quantitativo desses acompanhamentos de AASI, IC e terapia fonoaudiológica individual, foram agrupados os valores que, anteriormente à mudança da tabela de procedimentos, especificava a idade dos pacientes, separando-os em criança ou adulto. É perceptível uma proporção de acompanhamentos de IC menor que os demais e um quantitativo de terapias para adaptação de AASI que não condiz com o esperado, de no mínimo quatro sessões por cada paciente adulto. Porém, não se pode descartar a possibilidade de esse valor estar limitado devido ao valor teto estabelecido para cada serviço.

Pode-se pensar que grande número de AASI adaptados, ao longo dos anos, tem sido de maneira bilateral, e como o registro do acompanhamento independe do paciente possuir um ou dois AASI, esta seria uma justificativa plausível. Porém, mesmo assim, essa proporção não estaria em consonância com o estipulado pelas normas. Dessa forma, as hipóteses mais prováveis são as de que os pacientes não estão retornando aos serviços para realizar terapia e/ou acompanhamento por dificuldade de acesso ou o teto físico estabelecido está limitando o número de retornos.

Supõe-se que um serviço pode até possuir recursos materiais e humanos para realizar mais acompanhamentos, porém o teto físico estabelecido e o número de pacientes novos encaminhados ao serviço limitam a realização de mais procedimentos. Essa dificuldade poderia, talvez, ser solucionada ou melhor equalizada caso houvesse uma reorganização do teto físico ou um adequado fluxo para a contra-referência. Investir no fluxo da rede de atendimento seria mais condizente com o preconizado nas portarias, levando o acompanhamento e terapia fonoaudiológica para mais próximo à 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<sup>28</sup>.

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 ajustes de AASI e mapeamento de IC.

Destaca-se, ainda, certa evasão dos pacientes após a adaptação. Verifica-se que de 30% a 47% dos pacientes atendidos em serviços de saúde auditiva, no âmbito do SUS, não comparecem aos atendimentos audiológicos onde foi realizada a adaptação dos AASI. Os motivos mais predominantes são esquecimento do atendimento, problemas de saúde e motivos de trabalho, o que acarreta resultados pós-adaptação aquém daqueles obtidos pelos pacientes que compareceram ao acompanhamento de forma estatisticamente significativa<sup>29</sup>.

Essa questão da evasão remete novamente à importância da rede de referência e contra-referência. A atenção básica na saúde auditiva é um ponto de destaque, pois pode atuar de maneira precoce e mais efetiva na orientação às famílias. Ressalta-se, ainda, a necessidade de elaboração de estratégias para o resgate de pacientes faltosos<sup>29</sup>.

Verifica-se que a tendência da rede de atenção à saúde, no município de São Paulo, é de disponibilizar a reabilitação auditiva próximo ao domicílio dos usuários, com retornos periódicos aos serviços, a fim de facilitar e otimizar 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 incluindo os diversos níveis de complexidade, definido e condizente com a demanda local.

Esses dados corroboram os achados de estudos realizados no Estado de Minas Gerais, onde em média a produção de terapia foi inferior à média de adaptação de AASI na maioria das macrorregiões. Ressaltou-se, ainda, que essa grande demanda de adaptação esteja orientando a organização dos serviços, que têm privilegiado a adaptação e não o acompanhamento por meio de sessões de terapia individual, tendência essa aparentemente de âmbito nacional<sup>20</sup>.

Além disso, verificou-se que, no Estado de São Paulo, um número reduzido de crianças usuárias de dispositivos eletrônicos realizam a terapia fonoaudiológica em estabelecimentos de saúde da atenção primária, mostrando a necessidade de se efetivar a organização da rede de referência e contrarreferência, de modo a ampliar o acesso dessa população à terapia fonoaudiológica<sup>30</sup>.

Quanto aos AASI dispensados e repostos, segundo as categorias tecnológicas, percebe-se

um número relativamente menor de concessão de AASI da categoria A do que seria esperado. Em SP, nota-se ainda que, desde 2006, o número de indicações de AASI pertencentes à categoria A diminuiu e mantém-se entre 19% e 33%, muito distante dos 50% recomendados. As características mínimas necessárias na categoria A da portaria 587 e a defasagem em relação aos avanços tecnológicos, que até aquele momento não haviam sido incorporados ao portfólio de concessão do SUS, poderia limitar a qualidade da adaptação dos AASI em pacientes com necessidades mais especiais, o que justificaria, por parte dos serviços, o menor uso desses dispositivos. Os dados epidemiológicos indicativos da predominância de perdas auditivas de grau leve a moderado, as quais necessitam de AASI que permitam maior flexibilidade nos ajustes, característica essa normalmente não permitida nos modelos categorizados como tipo A, também podem justificar a predominante distribuição do uso de AASI nas categorias B e C<sup>4,5</sup>.

De maneira geral, comparando-se a tabela de características dos AASI do anexo IV da portaria nº 587 ao mais recente instrutivo, verificam-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.

Particularmente no município de São Paulo, foi realizado em 2008 um acordo entre os serviços e a SMS para modificar a porcentagem de distribuição dos AASI 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.

De modo geral, os dados encontrados trazem um panorama do período de vigência da PNAS, indicando amadurecimento das práticas e enfrentamentos que permanecem até os dias atuais, os quais passam por modificações de acordo com experimentações e mudanças políticas além da saúde auditiva.

### Considerações Finais

Por meio dos dados coletados e analisados, pode-se considerar que:

• Houve um aumento gradativo na concessão de AASI e IC;

• Procedimentos de verificação da adaptação por microfone sonda foram pouco realizados em comparação ao ganho funcional;

• O quantitativo de acompanhamento estava aquém do esperado, se relacionado ao número de concessões de AASI e realização de cirurgias de IC;

• A porcentagem de indicação de AASI segundo as categorias não estava sendo respeitada.

Assim, o desafio agora 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 tanto no âmbito local como nacional, na tentativa de fortalecimento da dimensão da longitudinalidade do cuidado, de modo a respeitar e seguir os princípios e diretrizes do nosso sistema único e universal de saúde.

### Referência Bibliográfica

1. WHO - World Health Organization - WHO global estimates on prevalence of hearing loss. Mortality and Burden of Diseases and Prevention of Blindness and Deafness. [acesso em 12 jul 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/index.html>.
2. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. [acesso em 12 jul 2015] Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
3. Bevilacqua MC, Morettin M, Melo TM et al. Contribuições para análise da política de saúde auditiva no Brasil. *Revsoc bras fonoaudio [periódico na internet]*. 2011 [acesso em 12 jul 2015]. 16(3):[252-259]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-80342011000300004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-80342011000300004&script=sci_arttext).
4. Bevilacqua MC, Costa OA, Raymann BW 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 mar.
5. Gondim LMA, Balen SA, Zimmermann KJ et al. Estudo da prevalência e fatores determinantes da deficiência auditiva no município de Itajaí, SC. *Braz. j. otorinolaringol. [periódico na Internet]*. 2012 Abr [acesso em 12 jul 2015] 78(2): [27-34]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-86942012000200006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942012000200006&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942012000200006>.
6. Bosi MLM, Uchimura KYi. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde?. *Rev. Saúde Públ [periódico na Internet]*. 2007 Fev [acesso em 12 jul 2015]; 41(1): [150-153]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000100020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100020&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000100020>.

7. 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. 2000 [acesso em 12 jul 2015]. Disponível em: [http://www.saudeauditivabrasil.org.br/pdf/legislacao/portaria\\_432.pdf](http://www.saudeauditivabrasil.org.br/pdf/legislacao/portaria_432.pdf).

8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.073/GM de 28, de setembro de 2004. Institui a política nacional de atenção à saúde auditiva. [acesso em 12 jul 2015] Disponível em: <http://www.crefono4.org.br/cms/files/legislacao/Portaria-MS-2073.pdf>.

9. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. [acesso em 12 jul 2015] Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/DECRETO/D7612.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/DECRETO/D7612.htm).

10. Mendes BCA, Vieira GI. Trajetória das Políticas Públicas em Saúde Auditiva no Brasil. In: *Tratado nas Especialidades em Fonoaudiologia*. São Paulo: Guanabara Koogan; 2014. p. 1042-1046.

11. 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 [acesso em 02 ag 2013] Disponível em: [http://www.audiologiabrasil.org.br/eiabauru2012/foruns/forumpoliticaspUBLICAS\\_2012.pdf](http://www.audiologiabrasil.org.br/eiabauru2012/foruns/forumpoliticaspUBLICAS_2012.pdf).

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade). Brasília – DF. 2013 [acesso em 12 jul 2015]. Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=162692>.

13. 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. [acesso em 12 jul 2015] Disponível em: [http://www.sbf.org.br/portal/anais2012/anais\\_select.php?atividade=6&id\\_convite=650.>](http://www.sbf.org.br/portal/anais2012/anais_select.php?atividade=6&id_convite=650.>).

14. Bevilacqua MC, Novaes BCAC, Morata TT. Audiology in Brazil. *Int J Audiol. British Society of Audiology, International Society of Audiology, and Nordic Audiological Society*, 2008 [acesso em 20 dez 2012] v. 47, [p. 45-50]. Disponível em: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/14992020701770843>.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria Nº 587 de 07 de outubro de 2004. Determina que as Secretarias de Estado da Saúde dos Estados adotem as providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Out 2004 [acesso em 12 jul 2015] p. 105. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0587\\_07\\_10\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0587_07_10_2004.html)

16. Daher CV, Pisaneschi E. A política nacional de atenção à saúde auditiva: a atenção especializada às pessoas com deficiência auditiva no SUS. In: Bevilacqua MC, Martinez MA, Balleri AS, Pupo AC, Reis AC, Frota SM, organizadores. *Saúde auditiva no Brasil: políticas, serviços e sistemas*. São José dos Campos: Pulso; 2010. p.15-30.

17. Teixeira CF. Estudo avaliativo da política de atenção à saúde auditiva: estudo de caso em Pernambuco [tese]. Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2007 [acesso em 12 jul 2015]. Disponível em: <http://157.86.8.70:8080/certifica/bitstream/icit/45457/2/963.pdf>.

18. Amaral LS. A política nacional de atenção à saúde auditiva: avanços e entraves no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009 [acesso em 12 jul 2015]. Disponível em: [http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciet/2316/1/ENSP\\_Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Amaral\\_Luciana\\_Santos.pdf](http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciet/2316/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Amaral_Luciana_Santos.pdf).
19. Silva LSG, Gonçalves CGO, SoaresVMN. Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: um estudo avaliativo a partir da cobertura de serviços e procedimentos diagnósticos. *CoDAS* [disponível na Internet]. Jun 2014 [acesso em 15 jul 2015] 26(3): 241-247. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822014000300241&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822014000300241&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/201420140440>.
20. Maciel FJ, Januário GC, Henriques CMA et al. Indicadores de saúde auditiva em Minas Gerais: um estudo por macrorregião. *Audiol., Commun. Res.* [disponível na Internet]. Dez 2013 [acesso em 09 jul 2015]; 18(4): 275-284. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-64312013000400008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312013000400008&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-64312013000400008>.
21. Carvalho APS, Monteiro MAS. 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.
22. Secretaria do 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 [acesso em 12 jul 2015]. 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](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).
23. Manzoni CRCT, ALMEIDA S M VT. Organização da rede de atenção a saúde auditiva. In: Bevilacqua MC. et al. *Saúde Auditiva no Brasil: política, serviços e sistemas*. São José dos Campos, SP: Pulso Editorial, 2010. p. 65-96.
24. King AM. The national protocol for pediatric amplification in Australia. *Int J Audiol.* 2010;49 Suppl 1:S64-9.
25. Blasca WQ, Kuchar J, Pardo-Fanton CS, et al. Modelo de educação em saúde auditiva. *Rev. CEFAC* [disponível na Internet]. Fev 2014 [acesso em 09 jul 2015]; 16(1): 23-30. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462014000100023&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000100023&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620141112>.
26. Araújo TM, Mendes BCA, Novaes B C A C. Pronto atendimento a usuários de dispositivos de amplificação sonora. *Rev soc bras fonoau.* v. 16, n. 4, p. 466-473, 2011.
27. Pratt SR. Barriers to hearing health care: current status and a glimpse at the future. *Am J Audiol.* 2010;19(1):1-2.
28. Pereira RPA. O acolhimento e a estratégia saúde da família. Grupo de estudos em Saúde da Família. Belo Horizonte: AMMFC, 2006 [acesso em 12 jul 2015]. Disponível em: [http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP\\_acolhimento\\_esf.htm](http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP_acolhimento_esf.htm).
29. Jokura PPR, Melo TM, Bevilacqua MC. Evasão dos pacientes nos acompanhamentos nos serviços de saúde auditiva: identificação sobre o motivo e resultados pós-adaptação de aparelho de amplificação sonora individual. *Rev. CEFAC.* Out 2013; 15(5): 1181-1188 [acesso em 12 jul 2015]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462013000500015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000500015&lng=en).
30. Zabeu, Júlia Speranza. Serviços de (re)habilitação auditiva para crianças usuárias de implante coclear e aparelhos de amplificação sonora individual: perfil e caracterização no estado de São Paulo [dissertação]. Bauru: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Bauru; 2014 [acesso em 14 jul 2015]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25143/tde-16102014-090731/>.