

Avaliação quantitativa da produção ambulatorial em saúde auditiva no município de Salvador-Bahia no período de 2004 a 2016

Quantitative evaluation of outpatient production in auditory health in the city of Salvador-Bahia from 2004 to 2016

Gabriela Carvalho Machado¹, Caio Leônidas Oliveira de Andrade¹, Luciene da Cruz Fernandes², Carlos Maurício Cardeal Mendes^{3*}

¹Doutorando do Programa de Pós-graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciências da Saúde, UFBA; ²Doutora em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública;

³Doutor em Saúde Pública/Epidemiologia pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA

Resumo

Introdução: a saúde auditiva no Brasil ganhou impulso com a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), em 2004, gerando melhorias para a assistência ao deficiente auditivo. Essa política ficou vigente até o ano de 2011, quando foi instituído o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite (PVSL), mudando o cenário brasileiro no cuidado à pessoa com deficiência, no qual a assistência ao deficiente auditivo havia sido incluída. **Objetivos:** avaliar a produção ambulatorial em saúde auditiva e os recursos financeiros investidos nessa produção nos anos de 2004 a 2016, no município de Salvador-Bahia e verificar o impacto da revogação da PNASa e implantação do PVSL no tempo sobre a produção ambulatorial em saúde auditiva e recursos financeiros investidos nessa produção no município de Salvador. **Metodologia:** estudo ecológico realizado através de dados secundários de domínio público provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Foi realizada análise descritiva dos dados por meio do tamanho do efeito, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo, frequência relativa e frequência absoluta. **Resultados:** verificou-se crescimento da produção ambulatorial e dos recursos financeiros investidos no ano de 2004 a 2016. Observou-se, também, que a revogação da PNASa e instituição do PVSL ocasionou grande efeito na produção ambulatorial e nos recursos financeiros. **Conclusão:** foi possível constatar que as mudanças no cenário da saúde auditiva no Brasil geraram evolução dos serviços, podendo ser constatado pela crescente produção ambulatorial e aumento dos investimentos financeiros ao longo dos anos. **Palavras-chave:** Audição. Política de Saúde. Deficiência auditiva.

Abstract

Introduction: auditory health in Brazil gained momentum with the implementation of the National Policy on Auditory Health Care (PNASA), in 2004, generating improvements for the hearing impaired. This policy was in force until 2011, when the National Plan for the Rights of the Person with Disabilities – Plano Viver sem Limite (PVSL) was established, changing the Brazilian scenario in the care of the disabled person, in which assistance to the hearing impaired had been included. **Objectives:** to evaluate the outpatient production in auditory health and the financial resources invested in this production from 2004 to 2016, in the city of Salvador-Bahia, and to verify the impact of PNASa's revocation and implementation of PVSL over time on outpatient production in hearing health and financial resources invested in this production in the city of Salvador. **Results:** ambulatory production and financial resources invested in the year 2004 to 2016 were increased. It was also observed that the revocation of the PNASa and the institution of the PVSL caused a great effect on out-patient production and financial resources. **Conclusion:** although there has been an increase in outpatient production and financial resources over the years in the city of Salvador, Bahia, both resources and production remained proportionally approximately the same over time. Significant changes, particularly for auditory health, due to changes in the auditory health policy scenario.

Keywords: Hearing. Health policy. Hearing impairment.

INTRODUÇÃO

De acordo com a World Health Organization (2017), 360 milhões de pessoas no mundo tem perda auditiva incapacitante, dentre as quais, 32 milhões são crianças, sendo que, cerca de 60% das perdas auditivas infantis são devido a causas evitáveis. No Brasil, o cenário corrobora

com mais de 7,5 milhões de pessoas com deficiência auditiva, de acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010.

A deficiência auditiva é uma condição incapacitante, que limita o indivíduo portador. Ela pode trazer limitações para o desenvolvimento dos indivíduos, principalmente para o processo de comunicação. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Assim, ela é um problema de saúde pública, já que acarreta prejuízos socioemocionais e tem uma alta incidência (ALVARENGA et al., 2010).

No Brasil, em meados do ano 2004, o atendimento a pessoas portadoras de deficiência auditiva no Sistema

Correspondente/Corresponding: *Carlos Maurício Cardeal Mendes – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal Da Bahia – End: Av. Reitor Miguel Calmon S/N – Vale do Canela Salvador-Ba, Cep: 40110-100 – Tel: (71) 99974-9504 – E-mail: mcardeal@ufba.br

Único de Saúde (SUS) se restringia ao diagnóstico, acompanhamento e concessão de aparelhos de amplificação sonora individual (ASSI) (DAHER; PISANESCHI, 2010). No entanto, diante da necessidade de organizar a assistência aos indivíduos com deficiência auditiva, através do SUS, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.073 em setembro de 2004, que instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA). A normatização da política gerou uma reorganização das redes de saúde, as quais se tornaram hierarquizadas, regionalizadas e integradas entre a atenção básica, média e alta complexidade (BRASIL, 2004).

No ano de 2006, o Brasil participou da Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência – 2007 junto com 191 países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), com o objetivo de tornar efetivos os direitos das pessoas com deficiência. A ONU propôs a criação de uma normatização universal que assegurasse os direitos das pessoas com deficiência. Ao aderir à Convenção, o Brasil assumiu o compromisso de respeitar as pessoas como deficiência, tendo isto como uma exigência universal de solidariedade (FERREIRA; OLIVEIRA, 2007). Dessa forma, em 25 de agosto de 2009 foi instituído o Decreto Nº 6.949, que promulga essa convenção internacional e seu Protocolo Facultativo, sendo um marco histórico na luta pelos direitos das pessoas com deficiência (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA; SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS; SECRETARIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 2014).

Como reflexo dessa convenção, em julho de 2011, ocorreu a primeira reunião ministerial para discutir a elaboração de um plano nacional a fim de garantir a autonomia, equidade e cidadania das pessoas com deficiência. Logo, iniciou-se o desenho do novo plano e definiu-se seus quatro eixos temáticos: acesso à educação, acesso à saúde, inclusão social e acessibilidade (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA; SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS; SECRETARIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 2014).

Assim, no dia 17 de novembro de 2011 o governo instituiu o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite (PVSL), com o intuito de promover o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência (BRASIL, 2011).

O Plano Viver sem Limite revogou a PNASA, tendo o objetivo mais amplo de promoção da cidadania, fortalecendo a participação dos portadores de deficiência na sociedade, impulsionando sua autonomia, eliminando barreiras e facilitando o acesso de forma igualitária aos bens e serviços disponíveis à toda população (BRASIL, 2011).

Afirma-se que a regulação das ações das políticas anteriores não acontecia de modo eficiente, uma vez que elas não estavam articuladas em rede, não havendo, assim, o repasse do ministério de recursos, pois, os serviços de referência e contra referência não tinham fluxos organizados (ACADEMIA BRASILEIRA DE AUDIOLOGIA, 2012).

As intervenções para prevenir, diagnosticar e tratar as alterações auditivas são rentáveis e, ao mesmo tem-

po, podem trazer grandes benefícios para os indivíduos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Assim, a avaliação dos serviços de saúde auditiva deve ser voltada para a melhorar a efetividade do tratamento dos indivíduos com deficiência auditiva e para otimizar a verba pública. A otimização da verba pública é de fundamental importância, principalmente nos serviços que envolvem investimento financeiro elevado como nos procedimentos realizados para diagnóstico e protetização dos indivíduos com deficiência auditiva (BEVILACQUA et al., 2009).

Dessa forma, os objetivos desse estudo são avaliar a produção ambulatorial em saúde auditiva e os recursos financeiros investidos nessa produção nos anos de 2004 a 2016, no município de Salvador-Bahia e verificar o impacto da revogação da PNASA e implantação do PVSL no tempo sobre a produção ambulatorial em saúde auditiva e recursos financeiros investidos nessa produção no município de Salvador.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, sobre a produção ambulatorial em saúde auditiva e os recursos financeiros investidos nessa produção no Município de Salvador-Bahia nos anos 2004 a 2016.

A pesquisa realizada através de dados secundários de domínio público provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), o qual é integrado ao Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde (DATASUS), geridos pela Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, que conta com o apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

O DATASUS fornece informações que podem auxiliar na análise objetiva de tomadas de decisões baseadas em evidências e na criação de programas de ações de saúde. Fornece, ainda, informações sobre assistência à saúde da população, cadastros das redes hospitalares e ambulatoriais, cadastros de estabelecimentos de saúde, sobre recursos financeiros e dados demográficos e socioeconômicos (BRASIL, 2016).

Para a coleta de informações da produção ambulatorial em saúde auditiva e dos respectivos recursos financeiros investidos foram acessados os seguintes links e sublinks do DATASUS: “informações de saúde (TABNET)”, “assistência à saúde” e “produção ambulatorial (SIA/SUS)”.

Foram incluídos no estudo procedimentos ambulatoriais em saúde auditiva cadastrados no SIA/SUS nos anos de 2004 a 2016. Não foram incluídos no estudo procedimentos fonoaudiológicos que não se inserem na área de saúde auditiva.

Os dados quantitativos coletados no DATASUS foram tabulados no programa computacional *Microsoft Excel* versão 2016 no sistema operacional *Windows 8*. Foi realizada análise descritiva dos dados por meio do tamanho do efeito, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo, frequência relativa e frequência absoluta. A avaliação do

tamanho do efeito foi realizada pelo *d* de Cohen através do programa estatístico R. Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos.

RESULTADOS

A análise dos dados demonstrou que houve um crescimento absoluto da produção ambulatorial em saúde auditiva e dos recursos financeiros investidos nessa produção no município de Salvador-Bahia, no período de 2004 a 2016 (Figuras 1 e 2). Entretanto, tanto a produção ambulatorial quanto o investimento financeiro relativos mantiveram-se aproximadamente estáveis no período.

Mais detalhadamente, observou-se crescimento da produção ambulatorial apresentada em frequência absoluta nos anos iniciais de implementação da PNAS, com pico no ano de 2007, havendo um decréscimo acentuado nos anos subsequentes (2007 e 2008), com volta do crescimento em 2009, novo decréscimo em 2012 e retorno do crescimento em 2013. Os valores da produção ambulatorial apresentados em frequência relativa tiveram crescimento entre 2004 e 2005, um leve decréscimo de 2005 a 2006, com retomada do crescimento nesse mesmo ano e decréscimo de 2007 a 2009 e, em seguida novo crescimento. Notou-se que a tendência geral foi de crescimento da produção ambulatorial em saúde auditiva das frequências absolutas e estabilização da produção relativa, no período de vigência da PNAS e durante a vigência do PVSL (Figura 1).

Figura 1 – Produção ambulatorial em saúde auditiva no município de Salvador-Bahia no período de 2004 a 2016.



Fonte: Autoria própria.

Quanto aos recursos financeiros aplicados na produção ambulatorial em saúde auditiva no município de Salvador-Bahia no período de 2004 a 2016 nota-se que houve crescimento de 2004 a 2006 dos valores apresentados em frequência absoluta, com decréscimo acentuado no ano de 2006 a 2008 e retomada do crescimento em 2009 e um pequeno decréscimo de 2011 a 2012, ano de transição da PNAS para o PVSL. Nos anos subsequentes o crescimento é retomado. Já os valores dos recursos financeiros investidos, apresentados em frequência relativa tiveram crescimento de 2004 a 2005, os quais voltaram a

crescer em 2006 e decresceram novamente em 2007 até 2009 e, a partir de então, houve aumento, até os níveis de 2005 (Figura 2).

Figura 2 – Recursos financeiros investidos na produção ambulatorial em saúde auditiva no município de Salvador-Bahia no período de 2004 a 2016.



Fonte: Autoria própria.

Foi verificado o efeito da mudança da PNAS para o PVSL e observou-se um efeito grande ($d = 0,82$) sob a produção ambulatorial em saúde auditiva apresentada em frequência absoluta, já os valores apresentados em frequência relativa mostraram que houve um efeito pequeno ($d = 0,16$) (Tabela 1).

A mudança de política resultou em um efeito muito grande ($d = 1,38$) sob os recursos financeiros investidos na produção ambulatorial em saúde auditiva apresentados em frequência absoluta, já sobre os recursos financeiros apresentados em frequência relativa houve um efeito pequeno ($0,1$) (Tabela 2).

Tabela 1 – Tamanho do efeito da mudança da PNAS para o PVSL sob a produção ambulatorial em saúde auditiva no município de Salvador-Bahia.

POLÍTICAS PÚBLICAS	PRODUÇÃO AMBULATORIAL EM SAÚDE AUDITIVA				
	Total	Média	DP*	Min-Máx**	<i>d</i> ***
Frequência absoluta					
Vigência da PNAS (2004-2011)	686725	85841	19836	54384-111221	1
Vigência do PVSL (2012-2016)	510812	102162	19970	83424-132643	
Frequência relativa					
Vigência da PNAS (2004-2011)	—	0,16	0,04	0,11-0,21	0,16
Vigência do PVSL (2012-2016)	—	0,16	0,02	0,14-0,20	

*Desvio padrão

**Valor mínimo e máximo

****d* de Cohen

Fonte: Autoria própria.

Tabela 2 – Tamanho do efeito da mudança da PNASa para o PVSL sob os recursos financeiros investidos na produção ambulatorial em saúde auditiva no município de Salvador-Bahia.

POLÍTICAS PÚBLICAS	PRODUÇÃO AMBULATORIAL EM SAÚDE AUDITIVA				
	Total	Média	DP*	Min-Máx**	d***
Frequência absoluta					
Vigência da PNASa (2004-2011)	44660382,28	5582547,79	933601,45	4155048,66-7044033,85	1,38
Vigência do PVSL (2012-2016)	35109430,96	7021886,19	1215246,28	5350748,01-8579347,64	
Frequência relativa					
Vigência da PNASa (2004-2011)	—	1,54	0,45	0,97-2,20	0,1
Vigência do PVSL (2012-2016)	—	1,58	0,26	1,16-1,85	

*Desvio padrão

**Valor mínimo e máximo

***d de Cohen

Fonte: Autoria própria

DISCUSSÃO

Os poucos estudos realizados a partir de levantamentos de dados do SIA/SUS possibilitaram a avaliação da implementação da PNASa, a partir da realização de um apanhado geral de procedimentos em saúde auditiva, tendo como consequência a otimização dos recursos financeiros investidos nessa política (VIEIRA et al., 2015). Não foram encontrados na literatura estudos que apresentaram dados mais gerais do total de procedimentos da produção ambulatorial em saúde auditiva anual a nível nacional, tampouco no município de Salvador.

Nesse sentido, o presente estudo mostrou o panorama da produção ambulatorial em saúde auditiva ao longo dos anos no município de Salvador-Bahia e dos recursos investidos nessa produção, além de ter avaliado o impacto da revogação da PNASa e instituição do PVSL, com base em dados quantitativos coletados no SIA/SUS.

Através da análise realizada notou-se que, de forma geral, houve crescimento da produção ambulatorial em saúde auditiva de 2004 a 2016 no município de Salvador-Bahia. Houve maior crescimento nos anos iniciais da vigência da PNASa (2004 a 2006) e na vigência do PVSL, a partir do ano 2013. Dados mais pontuais de um estudo no município de São Paulo verificaram também crescimento da produção ambulatorial em determinados procedimentos relacionados à saúde auditiva a partir de 2004, notando-se uma redução da produção ambulatorial desses procedimentos em 2012 quando comparado a 2011 (VIEIRA et al., 2015). Um outro estudo com foco na produção ambulatorial de procedimentos relacionados com a seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora (AASI) demonstrou que houve melhora na cobertura de serviços a nível nacional (BEVILACQUA et al., 2011).

Percebe-se, também, que os recursos financeiros tiveram, no geral, tendência a aumento ao longo dos anos, embora esse crescimento não tenha sido expressivo. À medida que os recursos financeiros aumentaram, a produção ambulatorial também cresceu e à medida que

os recursos diminuíram, a produção ambulatorial decresceu, com exceção dos anos 2007, em que os recursos diminuíram e a produção ambulatorial cresceu, 2008 a 2009, 2012 a 2013 os recursos aumentaram e a produção ambulatorial decresceu, o que pode sugerir influência de outros fatores nessa relação. Porém, sem a análise individual de cada procedimento inviabiliza conclusões seguras à cerca dos reais motivos que causaram mudanças dessa produção (VIEIRA et al., 2015).

De acordo com Andrade et al. (2013), o credenciamento de Redes Estaduais de Serviços de Saúde auditiva colaborou para o crescimento da produção ambulatorial ao longo dos anos no Brasil. Assim, esse é um fator que pode estar relacionado com o crescimento da produção ambulatorial em saúde auditiva ao longo dos anos no município de Salvador. Um fator que pode contribuir com o decréscimo da produção ambulatorial é a evasão dos pacientes dos serviços de saúde auditiva. Um estudo verificou que 30 a 47% dos pacientes atendidos no SUS em serviços de saúde auditiva não comparecem ao atendimento, ressaltando-se a necessidade do resgate destes (LANZETTA; FROTA; GOLDFELD, 2010). Um agente que pode ser limitante ao crescimento da produção ambulatorial é o estabelecimento de um limite físico e financeiro de cada Estado preconizados pela Portaria nº 389, de 3 de março de 2008, através da qual ficou estabelecido que os recursos destinados ao custeio de Serviços de Atenção à Saúde Auditiva sejam disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios em Gestão Plena de Sistema, confirme os limites definidos por essa Portaria. Assim, para o município de Salvador definiu-se um limite financeiro de R\$ 355.116,17 por mês, sendo que esse limite pode ser alterado por determinação das Comissões Intergestores Bipartite Estaduais, desde que respeitados os limites físico e financeiro totais da unidade federada. (BRASIL, 2008). Com base nesse valor, o limite de recursos financeiros destinados ao município de Salvador seria de R\$ 4.261.394,04, mas, nota-se que na prática apenas no ano de 2008 os recursos financeiros disponibilizados não

ultrapassaram o limite estabelecido pela Portaria.

O registro de informações ambulatoriais em banco de dados secundários nacional, de domínio público, possibilita analisar aspectos importantes das políticas públicas (BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006). Existe um consenso das literaturas especializadas, de relatórios e recomendações de Conferências de Saúde à cerca da importância dos sistemas de informações para a avaliação de políticas públicas (BOSI; UCHIMURA, 2007; CARVALHO et al., 2004). No caso da deficiência auditiva, que demanda o uso de tecnologias, essas informações são bastante válidas por possibilitarem a avaliação das políticas públicas e o melhor atendimento ao indivíduo com deficiência auditiva, otimizando o uso da verba pública (BEVILACQUA et al., 2009). Assim, para a saúde auditiva, o uso dessas informações foi fundamental para a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) (BEVILACQUA et al., 2011).

Adotar a avaliação como prática sistemática nos serviços de saúde pode trazer benefícios para os usuários e profissionais (MARTINEZ; GONÇALVES, 2000), assim como para os gestores, que estarão munidos de informações úteis e concretas que auxiliarão na tomada de decisões (SILVA; FORMIGLI, 1994). A avaliação dos serviços de saúde auditiva está relacionada tanto com sua infraestrutura (instalações físicas, número de equipamentos e de profissionais) quanto pela realização de procedimentos em saúde auditiva, o que ainda, assim, não garante a qualidade desses serviços (BEVILACQUA et al., 2009).

Assim, o estudo em questão buscou avaliar, também, o impacto dessas mudanças políticas ao longo dos anos, durante a vigência da PNASa e após a sua revogação, com a instituição do PVSL.

Dessa forma, constatou-se que não houve destaque para as mudanças políticas, uma vez que a produção ambulatorial e o investimento financeiro aumentaram proporcionalmente. Pode-se observar que entre 2005 e 2016 o valor do recurso financeiro manteve-se o mesmo, assim, o cenário relacionado à produção e investimento financeiro permaneceu igual.

O PVSL tem como alguns de seus pressupostos implementar novas iniciativas e ampliar as ações já desenvolvidas fazendo com que as pessoas com deficiência possam gozar de fato de seus direitos básicos. Foram previstos novos financiamentos, com o Ministério da Saúde investindo na construção de serviços habilitados, 100% de financiamento para reformas e ampliação dos serviços, 100% para equipamento e 80% para financiar as equipes nos novos serviços (o governo arcará com o custo global da unidade) (ACADEMIA BRASILEIRA DE AUDIOLOGIA, 2012). Assim, esperava-se crescimento significativo tanto dos recursos investidos quanto da produção ambulatorial em saúde auditiva, diante das metas deste novo Plano.

Contudo, os dados coletados através de domínio público são de grande valia, uma vez que são de fácil acesso e disponibilizam informações nacionais de serviços de saúde. Porém, eles estão propensos a erros de digitação e

inconsistências, por isso, devem ser analisados com cuidado, e assim, aumentar a confiabilidade dos dados (COUTO et al., 2010). Existe também o risco de subnotificação, pois, muitos dados não são cadastrados e a situação pode ser muito além da mostrada pelo DATASUS, uma vez que não há legislação que regulamente a inclusão de dados no sistema.

CONCLUSÃO

Dessa forma, houve aumento da produção ambulatorial e dos recursos, os quais cresceram igualmente, de modo que, se constata nesse estudo que proporcionalmente tanto a produção ambulatorial quanto o investimento de recursos financeiros continuaram aproximadamente iguais. Assim, não houve destaque para as mudanças na saúde auditiva, uma vez que, de fato, não houve nenhum efeito na produção proporcional ambulatorial ou nos recursos proporcionalmente direcionados.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA BRASILEIRA DE AUDIOLOGIA (ABA). Recomendações. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE AUDIOLOGIA, 27., 2012, Bauru. **Fórum de Políticas Públicas**. São Paulo: ABA, 2012.

ANDRADE, C. L. O. et al. Programa Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: avanços e entraves da saúde auditiva no Brasil. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v.12, p. 404-410, 2013.

ALVARENGA, K. F. et al. Estado atual da saúde auditiva neonatal no Brasil: políticas públicas e evidências científicas. In: BEVILACQUA, M. C. et al. (Org.). **Saúde auditiva no Brasil: políticas, serviços e sistemas**. São José dos Campos: Pulso, 2010. p. 97 – 118.

BEVILACQUA, M. C. et al. A avaliação de serviços em Audiologia: concepções e perspectivas. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 421-426, 2009.

BEVILACQUA, M. C. et al. Contribuições para a análise da política de saúde auditiva no Brasil. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 252-259, 2011.

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B; LEAL, M. C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 19-30, 2006.

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

BRASIL. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o plano Nacional dos direitos da pessoa com deficiência – Plano viver sem limite. **Diário Oficial [da] União**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm>. Acesso: 13 jul. 2017.

BRASIL. Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] União**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7530.htm>. Acesso em: 17 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. **Diário Oficial [da] União**. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA_2073.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 389, de 3 de março de 2008.

- Redefine os serviços de atenção à saúde auditiva e os limites físicos e financeiros dos Estados, Distrito Federal e Municípios. **Diário Oficial [da] União**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0389_03_03_2008_rep.html>. Acesso em 30 jul. 2017.
- CARVALHO, A. I. et al. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 521-529, 2004.
- COUTO, R. D. et al. Malária autóctone notificada no Estado de São Paulo: aspectos clínicos e epidemiológicos de 1980 a 2007. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43, n. 1, p. 52-58, 2010.
- 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. (Orgs.). **Saúde auditiva no Brasil: políticas, serviços e sistemas**. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2010. cap. 1. p. 15-29.
- FERREIRA, V. S.; OLIVEIRA, L. N. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. **Revista Reviva**, Brasília, ano 4, 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cartilha do Censo 2010: pessoas com deficiência**. 2012. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.
- LANZETTA, B. P.; FROTA, S.; GOLDFELD, M. Acompanhamento da adaptação de próteses auditivas em crianças surdas. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 360-370, 2010.
- MARTINEZ, M. N.; GONÇALVES, O. R. Qualidade na atenção à saúde. **Brasília Méd.**, Brasília, v. 3, n. 37, p. 109-113, 2000.
- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS. SECRETARIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. Processo histórico de construção do primeiro Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: Viver sem Limite. In: _____. **Viver sem Limite: Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência**. Brasília, 2014. cap.1. p.15-25.
- SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.
- VIEIRA, G. I. et al. Saúde auditiva no Brasil: análise quantitativa do período de vigência da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. **Distúrb. Comun.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 725-740, 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Deafness and hearing loss**. 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>>. Acesso em: 10 jul. 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Deafness and hearing loss**. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

Submetido em: 20/10/2017

Aceito em: 01/11/2017