

Programa Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: avanços e entaves da saúde auditiva no Brasil

National Program For Hearing Health Care: advances and obstacles of hearing health in Brazil

Caio Leônidas Andrade¹, Luciene Fernandes², Helton Estrela Ramos³, Carlos Maurício Cardeal Mendes⁴, Crésio de Aragão Dantas Alves⁵

¹Fonoaudiólogo. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, ICS – UFBA

²Professora Adjunto. Departamento de Fonoaudiologia, ICS – UFBA

³Professor Adjunto. Departamento de Biorregulação. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, ICS – UFBA

⁴Médico Pesquisador. Professor do Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, ICS – UFBA

⁵Professor Adjunto. Departamento de Pediatria, FAMEB – UFBA. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, ICS – UFBA

Resumo

Introdução: Após a implantação do Programa Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), em 2004, houve incontestáveis avanços na assistência ao deficiente auditivo. Porém, existem divergências na execução desse programa que dificultam o seu progresso e limitam o acesso à Saúde Auditiva. Tais evidências ilustram a necessidade da criação de uma rotina para avaliá-lo a fim de reorientar e monitorar as práticas dos atores envolvidos. **Objetivo:** Analisar os progressos e entaves da Política de Saúde Auditiva do país na atual conjuntura brasileira. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório com abordagem quantitativa realizado no período de junho a agosto de 2013, através da análise de dados secundários (SAI/SUS e CNES). **Resultados:** Entre 2008 a 2012 houve significativos incrementos de procedimentos audiológicos objetivos no país. Entretanto, os dados acusam discrepâncias na oferta de tais serviços que prevalece nas regiões Sudeste, Nordeste e Sul. As desigualdades também residem no acesso à assistência ao deficiente auditivo no Brasil, onde é nítida a discrepância do número necessário de credenciamento de unidade de saúde auditiva por região federativa, em especial, na Região Norte e Centro-Oeste. **Conclusão:** Observou-se que a implantação do PNASa não é uniforme no país. A disparidade está evidenciada na cobertura nacional e distribuição local desse serviço, o que denota um imenso contingente de deficientes auditivos não contemplados com a assistência à Saúde Auditiva, ferindo os princípios de integralidade e universalidade do SUS.

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde. Auxiliares de audição. Audiologia. Perda auditiva.

Abstract

Background: After the implementation of PNASa - Programa Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (National Program For Hearing Health Care), in 2004, there have been undeniable advances with regard to the hearing impaired assistance. However, there are divergences in the implementation process of that program, hindering its development and the access to Hearing Health Care. Such evidence is a claim for the necessity of creating a routine to assess it in order to redirect and monitor the practices of the actors involved.

Objective: Review progresses and obstacles of today's Brazilian Hearing Health Care Policies. **Methodology:** This is an exploratory study based on quantitative approach carried out in the period of June to August 2013, through secondary data analysis (SAI/SUS and CNES). **Results:** Between 2008 and 2012, there were significant increase with regard to objective audiological procedures in the country. Nevertheless, the data show discrepancies in the supply of such services which prevails in the Southeast, Northeast, and South. The inequalities also rely in the access to the care of hearing impaired patients in Brazil, where the discrepancy of the necessary number of registered hearing health centers per state is crystal clear, mainly, in the North and Center-West. **Conclusion:** It has been observed that the implementation of PNASa is not uniform across the country. The disparity has been evident when it comes to the national coverage and distribution of such service, which denotes a huge contingent of hearing-impaired people not provided with Hearing Health Care, harming the principles of integrality and universality of SUS.

Keywords: Health services evaluation. Hearing Aids. Audiology. Hearing loss.

INTRODUÇÃO

O indivíduo estabelece contatos com o meio por intermédio dos órgãos do sentido. Qualquer alteração com potencial de romper o elo entre o mundo físico e sensorial, mesmo que parcial, será capaz de constituir desequilíbrios importantes para o organismo. A audição, dentre todos os órgãos, é, sem dúvida, um dos principais elementos desse conjunto. Portanto, a deficiência auditiva (DA) é uma condição incapacitante que estabelece uma série de limitações ao portador, refletindo nos relacionamentos pessoais, familiares, sociais e profissionais, afetando diretamente nos aspectos biopsicossociais do indivíduo (WHO, 2013).

Nesse sentido, a DA constitui-se um problema de Saúde Pública tanto pelos prejuízos sócios emocionais, quanto pela sua incidência na população (ALVARENGA et al., 2008). Na tentativa de minimizar e /ou prevenir as interferências da DA, o Ministério da Saúde, em 2004, cria o Programa Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), o qual busca atribuir assistência integral por tempo indeterminado nos três Níveis de Atenção à Saúde, com ações direcionadas para prevenção, diagnóstico, intervenção e tratamento da deficiência auditiva.

Dada à importância do PNASa, faz-se necessária a criação de uma rotina de avaliação desse programa a fim de auxiliar os gestores a otimizar recursos financeiros que contemplem as necessidades dos DA, bem como oferecer ferramentas de gestão para o planejamento e controle dos serviços de saúde auditiva (BEVILACQUA, et al., 2009; NOVAES; RALO; MENDES, 2010).

Face ao exposto, o presente estudo busca analisar os progressos e entraves da Política de Saúde Auditiva do Brasil, do mesmo modo que a inserção desse programa na atual conjuntura sócia demográfica e epidemiológica do país, a fim de levantar dados que possam contribuir em estudos e/ou planejamentos futuros na área da Saúde Auditiva.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo exploratório com abordagem quantitativa, construída através da análise dos dados registrados no período de 2008 a 2012 no Sistema de Informação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA / SUS).

Os dados utilizados são de domínio público e estão disponíveis no site www.datasus.gov.br, no SIA/SUS e SCNES, gerido pela Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, processados e disponibilizados pelo DATASUS – Departamento de Informática do SUS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

Após o levantamento dos dados quantitativos no DATASUS, realizou-se a análise descritiva, em porcentagem (geral e por ano de produção do atendimento), utilizando o *software* TABWIN produzido pelo Departamento de Informática do Ministério da Saúde. Posteriormente,

os dados foram tabulados, convertidos em tabelas e gráficos por meio do programa computacional Microsoft Excel versão 2010 no sistema operacional *Windows 7*.

RESULTADOS

Ao analisar a série de produção de serviços audiológicos, entre 2008 e 2012, os dados do SIA/SUS mostram que o acesso da população a esse tipo de assistência tem sido ampliado gradativamente. Entretanto, os dados acusam discrepâncias na oferta dos serviços cuja predominância situa-se nas regiões Sudeste, Nordeste e Sul, respectivamente, para todos os procedimentos analisados, exceto o Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico (PEATE), os quais apontaram quedas nos registros na ordem de 59,42%, 44,92% e 41,52%, em respectivo. Nessa análise, pode-se notar significativa demanda para os exames que constituem a avaliação básica da audição, como a Logoaudiometria (Logo) com 572.671, a Imitânciometria (IMT) com 528.631 e, principalmente, a Audiometria Tonal Limiar (ATL) com valores na ordem de 655.882.

Chama atenção o crescente registro em todos os procedimentos audiológicos na região Norte, em especial, para os exames objetivos da audição, os quais obtiveram incremento na ordem de 63,36% para as Emissões Otoacústicas Transientes e Produto por Distorção (EOAT-PD) e 10961,03% com PEATE. Ainda na região Norte, os procedimentos destinados à avaliação básica da audição também apresentaram incrementos evidentes nos últimos cinco anos, com 87,80% na ATL, seguido pela IMT com 78,38% e a Logo com 68,16%.

Vale ressaltar que, dentre as regiões, a Centro-Oeste foi a que menos ilustrou crescimento nos registros dos procedimentos audiológicos, apresentando, inclusive, junto à região Nordeste, leve queda na Logoaudiometria na ordem de 1,52% e 4,25%, na devida sequência. Tais dados podem ser verificados na Tabela 1.

Em âmbito nacional, conforme demonstra a Figura 1, os maiores incrementos verificados foram para os exames objetivos da audição, a exemplo da EOAT-PD (99,72%) e do PEATE (77,20%), seguido pelos exames de avaliação básica da audição, como ATL (42,50%), IMT (20,22%) e Logo (10,40%).

As regiões Norte e Sul obtiveram valores muito acima da oferta nacional nos exames ATL, Logo e IMT, e abaixo da oferta nacional para os exames objetivos da audição, com exceção da região Norte que demonstrou incremento dez vezes superior à oferta nacional para o PEATE. As demais regiões apontaram incremento inferior à taxa nacional, ressalva-se o Nordeste com EOA-PD (189,70%) e o Centro- Oeste com ATL (42,83%). Este último com valor ligeiramente acima do nacional.

Igualmente expressivo foi o incremento, ano a ano, do número de indivíduos deficientes auditivos que foram beneficiados com a concessão do aparelho de amplificação sonora individual (AASI). A concessão das próteses auditivas, entre 2008 a 2012, apresentou um incremento de 73,6% em todo país (Figura 2).

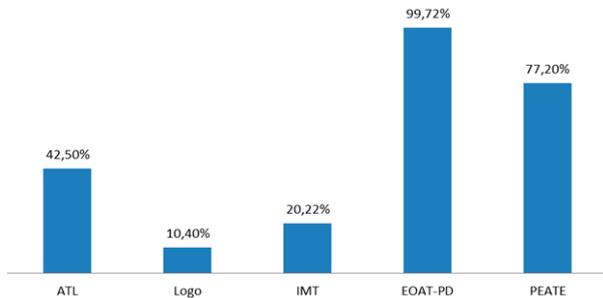
Tabela 1. Quantidade de produção ambulatorial do SUS segundo procedimento audiológico, distribuído por regiões do Brasil no período de 2008 a 2012.

Região do Brasil	Período	Procedimentos Audiológicos									
		ATL		Logo		IMT		EOAT-PD		PEATE	
		Qtde	cresc (%)	Qtde	cresc (%)	Qtde	cresc (%)	Qtde	cresc (%)	Qtde	cresc (%)
Norte	2008	17.355	87,80%	13.414	68,16%	14.682	78,38%	8.572	63,36%	154	10961,03%
	2012	32.591		23.557		26.190		14.044		17.034	
Nordeste	2008	103.079	25,31%	123.047	-4,25%	95.415	12,94%	30.406	189,70%	3.333	-41,52%
	2012	129.171		117.806		107.764		88.088		1.949	
Sudeste	2008	258.087	41,31%	288.219	8,49%	247.960	16,11%	29.752	46,43%	7.128	-59,42%
	2012	364.844		312.707		287.931		43.568		2.892	
Sul	2008	55.558	65,40%	54.067	46,54%	52.933	40,96%	9.590	1,52%	630	-44,92%
	2012	91.894		79.230		74.618		9.736		347	
Centro Oeste	2008	26.172	42,83%	39.975	-1,51%	28.705	11,92%	4.665	11,92%	3.662	14,52%
	2012	37.382		39.371		32.128		10.309		4.194	
Brasil	2008	460.251	42,50%	518.722	10,40%	439.695	20,22%	82.985	99,73%	14.907	77,20%
	2012	655.882		572.671		528.631		165.745		26.416	

ATL -Audiometria Tonal Limiar; Logo - Logaudiometria; IMT - Imitânciometria; EOAT-PD-Emissões Otoacústicas Transientes e Produto de Distorção; PEATE-Potencial Auditivo Evocado do Tronco Encefálico.

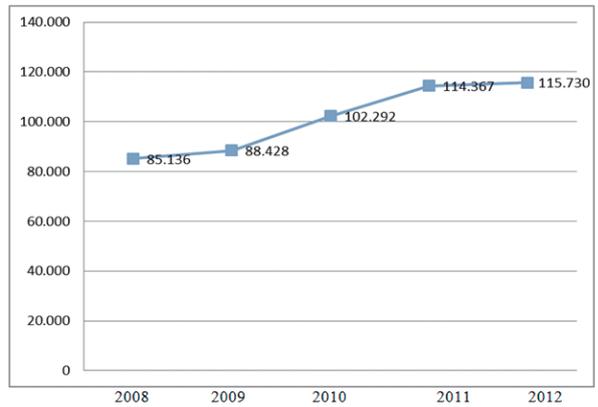
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SAI/SUS)

Figura 1. Porcentagem do crescimento da produção ambulatorial do SUS, segundo procedimento audiológico, distribuídos no Brasil entre o período de 2008 a 2012.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Figura 2. Estimativa de deficientes auditivos atendidos para concessão do AASI entre 2008 e 2012.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Tabela 2. Quantidade de estabelecimentos de Serviços de Saúde Auditiva, de Média (MC) e Alta Complexidade (AC), credenciados no Brasil, distribuído por região e ano.

Região do Brasil	Estabelecimentos de Saúde Auditiva															População Brasileira Em 2010
	2008			2009			2010			2011			2012			
	MC	AC	Total	MC	AC	Total	MC	AC	Total	MC	AC	Total	MC	AC	Total	
Norte	0	5	5	0	5	5	1	5	6	2	6	8	2	6	8	15.864.454
Nordeste	14	20	34	15	20	35	16	20	36	17	21	38	19	21	40	53.081.950
Sudeste	20	34	54	24	34	58	25	34	59	27	35	62	28	35	63	80.364.410
Sul	19	14	33	21	14	35	21	13	34	20	15	35	20	15	35	27.386.891
Centro Oeste	2	6	8	2	7	9	2	7	9	3	7	10	3	7	10	14.058.094
Brasil	55	79	134	62	80	142	65	79	144	69	84	153	72	84	156	190.755.799

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES IBGE, contagem da População – 2010.

Em relação ao número de credenciamento de unidade de saúde auditiva necessária por região federativa, a Tabela 2 revela importantes desigualdades no acesso à assistência ao deficiente auditivo no Brasil, em especial, na Região Norte e Centro-oeste, as quais estão aquém do padronizado. No Norte, das doze unidades necessárias, apenas oito unidades foram credenciadas entre 2008 e 2012, sendo que, até 2009, essa região não apresentava unidades de Média Complexidade. Já em 2012, unidades de Média Complexidade representavam apenas 25% dos credenciamentos. No Centro-Oeste, em 2012, foram credenciadas as 10 unidades estimadas como necessárias para essa região, onde 30% delas correspondiam a Média Complexidade, o que também torna esta região com pouca cobertura das ações do PNAS, diferente do que ocorre no Sul, Sudeste e Nordeste do país. No sul, das 18 unidades necessárias para suprir a demanda em 2012, foram credenciadas 35 unidades, sendo credenciado mais do que o estabelecido por habitantes. Nessa região, houve predomínio de unidades de Média Complexidade (57%). No Sudeste, das 54 unidades/habitantes necessárias, credenciou-se 63, sendo 44% delas de Média Complexidade. No Nordeste, houve o credenciamento, para o mesmo ano, de 40 unidades, enquanto o estabelecido seriam 36 unidades por habitantes. As unidades de Média Complexidade representaram 47% nessa região.

Ainda, conforme a tabela acima, a região Norte, entre 2008 e 2012, obteve crescimento na ordem de 60% no credenciamento de unidade de saúde auditiva, seguido pela região Centro- Oeste (25%), Nordeste (17,6%), Sudeste (16,6%) e Sul (6%).

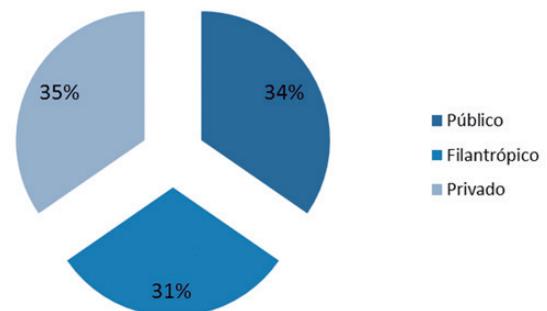
No que diz respeito à esfera administrativa das unidades de saúde auditiva credenciadas, verifica-se a existência de três modelos para prestação de serviços, os quais estão distribuídos propínquos à homogeneidade (Figura 3). Entretanto, a gestão dessas unidades está, na maior parte, sob a responsabilidade do município (Figura 4).

DISCUSSÃO

A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) foi instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº. 2.073 em 28 de setembro de 2004. Em outubro, do mesmo ano, a Secretaria de Atenção à Saúde, no intuito de normatizar, organizar e operacionalizar essa nova política, publicou duas Portarias: a Portaria SAS/MS nº 587, que normatiza a organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva, e a Portaria SAS/MS nº 589, de 08 de outubro, que visa à operacionalização dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva.

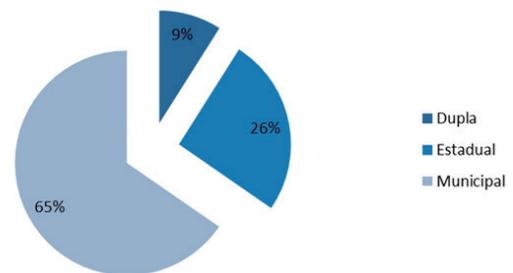
Nessa conjuntura, o Brasil, pela primeira vez na história, passa a tratar os problemas auditivos de forma específica, com uma política própria cujo objetivo é atribuir assistência integral aos usuários SUS, oferecendo-lhes atendimento por tempo indeterminado, com ações que englobam os três Níveis de Atenção à Saúde (BEVI-

Figura 3. Distribuição dos Serviços de Saúde Auditiva no Brasil segundo modalidade administrativa (n = 156).



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

Figura 4. Distribuição dos Serviços de Saúde Auditiva no Brasil segundo o tipo de gestão (n = 156).



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

LACQUA; NOVAES; MORATA, 2008; DAHER; PISANESCHI, 2010), preocupações que inexistiam antes da implantação da PNAS (BEVILACQUA, et al., 2008; AMARAL, 2009).

Os dados disponibilizados no SIA/SUS retratam os avanços do PNAS nos últimos anos, demonstrando o incremento significativo do número de procedimentos audiológicos a cada ano no Brasil. Entretanto, a região Norte liderou em relação ao crescimento do número de registros de exames que constituem a avaliação audiológica básica, como ATL, Logo e IMT. As regiões Sudeste, Nordeste e Sul, apesar de não apresentarem crescimento expressivo, correspondem à demanda majoritária existente para esses exames. Tal fato é coerente com a função primária dos exames que constituem a avaliação audiológica básica, cujo objetivo é o diagnóstico do tipo e grau da perda auditiva, a fim de indicar exames complementares (eletrofisiológicos, etc.), direcionar tratamentos e auxiliar na seleção de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) (LOPES, 2011). Também, é justificável que as regiões majoritárias sejam a Sul e Sudeste, tão logo que ambas juntas agregam aproximadamente 66% de todas as unidades credenciadas (Tabela 2), tal como concentram o maior arsenal espacial de indústrias do país (MOREIRA; SENA, 2008), dessa forma são responsáveis por boa parte das audiometrias ocupacionais realizadas. Estima-se que, na população trabalhadora ex-

posta ao ruído, 25% (CARNICELLI, 1988; JACOB et al., 2006) seja portadora de PAINPSE (Perda Auditiva Induzida por Níveis de Pressão Sonora Elevados) em algum grau. No Brasil, essa patologia corresponde a segunda maior causa de perda auditiva no indivíduo adulto, fica atrás apenas da presbiacusia (FRANKS; STEPHENSON; MERRY, 1996).

Em relação aos consideráveis incrementos dos registros dos exames objetivos da audição, EOAT-PD e PEATE, nas regiões Nordeste e Norte, bem como o PEATE na região Norte, podem ser explicados pelo atual cenário da Saúde Pública do Brasil, principalmente na assistência à Saúde Auditiva. Nesse contexto, atualmente, as emissões otoacústicas (EOA) têm sido amplamente utilizadas no diagnóstico da deficiência auditiva desde o seu advento (ALVARENGA, et al., 2010). Porém, seu uso se tornou ainda mais corriqueiro após a aprovação de três leis estaduais e treze municipais, entre 1998 e 2004, que tornaram obrigatória a triagem auditiva neonatal (TAN) (TOCHETTO; VIEIRA, 2006) e, em 2010, quando essa obrigatoriedade se estendeu para todo território nacional após aprovação da Lei Federal nº 12.303/10. Logo após, o “teste da orelhinha”, como é conhecida, tornou-se a prática mais comumente realizada na TAN (ALVARENGA, et al., 2010), em detrimento ao PEATE, o que explica o relevante aumento desse procedimento no país.

Por outro lado, o crescente uso do PEATE pode ter relações paralelas à utilização das EOAs para diagnóstico e/ou na TAN. No caso de ausência ou falhas nas respostas nas EOAT-PD, o PEATE é utilizado no segundo momento, o que diminui os índices de falso-positivos, e a necessidade de acompanhamento futuro (JCIH, 2007.). Essa medida é muito importante na assistência à saúde auditiva nos primeiros anos de vida, principalmente no Brasil, que apresenta altos índices de doenças infecciosas, como meningite, caxumba, rubéola, etc. (ALVARENGA, et al., 2010). Vale mencionar que a TAN não é uma ação isolada do Ministério da Saúde na intervenção precoce contra a deficiência auditiva. Outras ações do Ministério da Saúde que visam intervir na história natural da deficiência auditiva, mesmo que indiretamente, têm sido potencialmente exitosas (DAHER; PISANESCHI, 2010). De fato, o sucesso das campanhas de imunização, instituídas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), como a contra rubéola em 2009, a vacinação universal contra sarampo e caxumba (BARRETO, et al., 2011), assim como a inclusão, em 1999, das vacinas conjugadas meningocócicas C no calendário rotineiro de vacinação (MIRANZI; MORAES; FREITAS, 2007; BARRETO, et al., 2011), provavelmente influenciaram na indecência da perda auditiva.

Apesar dos dados ilustrarem crescentes registros, alguns procedimentos audiológicos demonstraram quedas e/ou registro muito inferior ao que era esperado. Isso sugere a existência de sub-registros dos procedimentos audiológicos, talvez porque a maioria dos fonoaudiólogos atuantes, em serviços públicos e conveniados, ainda desconhece a importância do registro (CRFa SÃO PAULO, 2006).

Por outro lado, a demanda populacional e a existên-

cia de filas de espera, não são sinônimas da adesão e êxito na cobertura dos serviços, mas denotam o atraso do repasse de verba e ausência de organização (AMARAL, 2009). Além do mais, a carência na divulgação da PNASA na sociedade contribui para a desinformação de boa parte população e de alguns profissionais de saúde (AMARAL, 2009), não garantindo a universalidade do acesso à saúde auditiva.

Para se ter uma ideia da deficiente cobertura da PNASA, o último censo do IBGE, 2010, apontou uma população de 9,7 milhões de brasileiros portadores de deficiência auditiva. O grau incapacitante da deficiência representou mais de 2,1 milhões de pessoas, das quais 344,2 mil se declaram surdas e 1,7 milhão tinham dificuldades importantes de ouvir, dados que comprovam a demanda, por hora, emergente para avaliação audiológica e concessão de aparelhos de amplificação sonora individual nos Serviços de Saúde Auditiva. Entretanto, se atentarmos para o número de deficientes auditivos atendidos para concessão de próteses auditivas (115.730), até o ano de 2012, nota-se um quantitativo muito inferior ao que os dados do último IBGE revelaram. Desse modo, é perceptível a existência de um imenso contingente de deficientes auditivos não contemplados com a assistência à saúde auditiva.

É importante notar que a população idosa constitui a maior parcela do contingente de deficientes auditivos que buscam essa modalidade de assistência (MAGNI; FREIBERGER; TONN, 2005; AMORIM; ALMEIDA, 2007; MORETTIN, 2008; ARMIGLIATO et al., 2010). Essa demanda pode estar relacionada à presbiacusia, a principal causa de deficiência auditiva adquirida no Brasil e que acomete indivíduos idosos (FRANKS; STEPHENSON; MERRY, 1996). Apesar da existência desse quadro, o PNASA não apresenta um Programa de Saúde Auditiva destinada ao público idoso, o qual poderia ser incluso no interior dos programas pilares da atenção básica (CRUZ, et al., 2009). Atualmente os grandes programas de saúde auditiva estão voltados à população infantil, como a triagem auditiva neonatal para recém-nascidos e o programa de saúde auditiva escolar, destinado às crianças mais velhas (CRUZ, et al., 2009).

Todavia, no que se refere ao quantitativo de unidades credenciadas no país, segundo os dados, 94,5 % da implantação da rede de unidades foi alcançado, sendo 46% na Média Complexidade e 54% na Alta Complexidade, nos aproximando do total estabelecido pelos Estaduais e Municipais de 165 unidades (BEVILACQUA, et al., 2011). Entretanto, tendo as desigualdades sociais e regionais como marca básica do Brasil, não poderia ser diferente com a logística adotada para credenciamento de Redes Estaduais de Serviços de Saúde Auditiva, as quais colaboram diretamente no gradativo aumento nos registros dos procedimentos ano a ano. A título de exemplo, a região Norte apresentou um aumento de 60% de unidades de saúde auditiva credenciadas entre 2008 e 2012, paralelamente ao considerável incremento nos procedimentos audiológicos. Em contrapartida, a região Sul, a que maior abriga unidades credenciadas no país, teve aumento de apenas 6% das suas

unidades no mesmo período. Esses dados não significam melhorias na assistência à saúde auditiva, mas atestam que regiões onde há predominância de unidades credenciadas, atualmente, investem pouco em novos credenciamentos por apresentarem uma melhor cobertura.

Essas desigualdades ilustradas implicam em deficiente acesso às ações de Atenção à Saúde Auditiva pelo DA no país (TEIXEIRA, 2007; BEVILACQUA et al., 2011). No Norte, quase dez anos após a implantação do PNAS, ainda não foi atingido o quantitativo de unidades credenciadas conforme os parâmetros da Portaria SAS/MS nº 587/04, a qual preconiza o quantitativo de 01 serviço de saúde auditiva a cada Estado com população inferior a 1,5 milhões de habitantes e 02 serviços aos Estados com população entre 2 e 3 milhões de habitantes. Para o Nordeste, Sul e Sudeste foram registrados mais unidades que o necessário por habitantes, o que se pode inferir que são os novos credenciamentos de unidades de saúde auditiva, pois o gestor pode redistribuir o quantitativo dos estabelecimentos, de forma que até 50% deles sejam Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade (BRASIL, 2004).

Contudo, muito embora os dados demonstrem boa cobertura nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste, não se pode afirmar que tais regiões conseguem suprir as necessidades da demanda, haja vista as diferenças socioeconômicas, culturais, geográficas e epidemiológicas entre elas, que foram negligenciadas pelo PNAS e suas Portarias quando estabeleceram os aspectos demográficos como parâmetro para o quantitativo de credenciamento das unidades.

De fato, das três regiões com boa cobertura, o Nordeste apresenta diferenças sócio-demográficas e econômicas marcantes, quando comparada às regiões Sul e Sudeste, sendo essas duas últimas as que possuem melhores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), enquanto o Nordeste situa-se nas piores posições. A título de exemplo, o Nordeste concentra a maior parte dos brasileiros em situação de miséria (59,1%), maiores taxas nacional de analfabetismo entre os jovens (4,9%), elevadas taxas de mortalidade infantil (33,2%) e uma das piores coberturas de saneamento básico do país (IBGE, 2010). Vale destacar que o Nordeste apresentou os maiores índices nacionais para todas as deficiências investigadas no último Censo, sendo 5,8% dessas deficiências de natureza auditiva, dentre as quais 1,2% apresentavam grau severo.

É importante notar que todas as regiões, exceto a Sul, priorizam o credenciamento na Alta Complexidade, não seguindo o critério de distribuição percentual para os diferentes Níveis de Atenção à Saúde Auditiva. Provavelmente, o intento de garantir atendimento a toda população, pelos gestores, motivaram-nos a credenciar unidades de Alta Complexidade acima do valor de distribuição, uma vez que crianças de 0 a 3 anos, indivíduos com afecções associadas e em casos de dificuldade na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade; são atendidas apenas nesses estabelecimentos (TEIXEIRA, 2007; ALVARENGA et al., 2010).

CONCLUSÃO

Conclui-se que, apesar da implantação da PNAS em 2004, moldar o cenário da Saúde Auditiva no Brasil e atribuir ao portador da deficiência auditiva uma assistência mais humanizada, beirando a integralidade e universalidade à saúde, a execução desse programa, quase dez anos depois, ocorre de forma desigual e ineficaz. É perceptível que a maioria das regiões administra suas unidades em desacordo com alguns parâmetros estabelecidos pelas Portarias que normatizam, organizam e operacionalizam o PNAS. Verifica-se ainda que há divergências na distribuição das unidades de saúde auditiva entre as regiões do Brasil e no interior delas, entre seus municípios, onde a maior parte dessas unidades concentra-se em áreas urbanas, dificultando o acesso da população de áreas periféricas.

Vale ressaltar que as regiões Centro – Oeste e, principalmente, a Norte estão às margens dos objetivos pré-estabelecidos pelo Programa. Já a região Nordeste demonstrou bons avanços na sua cobertura, entretanto, paradoxalmente, tais progressos não suprem as necessidades da demanda existente, já que os parâmetros estabelecidos pela PNAS e suas Portarias não levaram em consideração a heterogeneidade das regiões, o que não faz do quantitativo de unidades credenciadas um termômetro para definir a excelência da cobertura da assistência à saúde auditiva. Além do mais, nota-se que boa parte da população apresenta-se desinformada sobre o PNAS, realidade que assevera a fragilidade nos recursos adotados, pelos órgãos responsáveis, na divulgação de informação para sociedade sobre essa política. Entretanto, a parcela que mais sofre em decorrência dessa falta de organização é o público idoso, que carece de um programa específico no interior do PNAS.

Diante dos fatos, é possível afirmar que novos estudos voltados à análise do PNAS são fundamentais para a construção de conhecimentos úteis e concretos a fim de definir prioridades na gestão desse programa, além da necessidade de chamar atenção das autoridades públicas para a criação de novas portarias que regulamentem o Programa de Saúde Auditiva respeitando a heterogeneidade das regiões brasileiras, no intuito de desenvolver um ambiente propício para a assistência universal e integral do deficiente auditivo.

REFERÊNCIAS

- 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.
- AMARAL, L. S. A. **Política nacional de atenção à saúde auditiva: avanços e entraves no município do Rio de Janeiro**. 2009. 94 f. Dissertação (Mestre em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.
- AMORIM, R. M. C.; ALMEIDA, K. Estudo do benefício e da aclimatação em novos usuários de próteses auditivas. **Pró-Fono**, Barueri, v. 19, n. 1, p.39-48, jan.-abr. 2007.

- ARMIGLIATO, M.E. et al. Avaliação de serviços de saúde auditiva sob a perspectiva do usuário: proposta de instrumento. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 32-39, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n1/08.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2013.
- BARRETO, M. L. et al. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. **Saúde no Brasil III**, Salvador/Ba, p. 47 – 60, 2011. Disponível em: < <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor3.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2013.
- BEVILACQUA, M.C.; NOVAES, B.C.; MORATA, T.C. Audiology in Brazil. **Int. J. Audiol.**, London, v. 47, n. 2, p. 45-50, mar. 2008.
- 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. 421-6, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v14n3/v14n3a21.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2013.
- BEVILACQUA, M. C. et al. Contribuições para análise da política de saúde auditiva no Brasil. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 252-9, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v16n3/04.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2013.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 2.073/GM, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2073.htm>>. Acesso em: 07 jul. 2013.
- BRASIL. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Portaria nº 587, de 07 de outubro de 2004. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-587.htm>>. Acesso em: 07 jul. 2013.
- BRASIL. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Portaria nº 589, de 08 outubro de 2004. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-589.htm>>. Acesso em: 07 jul. 2013.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.303, de 2 de agosto de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. Brasília: **Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos**, 2010.
- BUSS, P. M. Assistência hospitalar no Brasil (1984-1991): uma análise preliminar baseada no SIH/SUS. **Inf. Epidemiol. SUS.**, Brasília, v. 2, n. 2, p.5-12, 1993.
- CARNICELLI, M.V.F. **Audiologia preventiva voltada à saúde do trabalhador**: organização e desenvolvimento de um programa audiológico numa indústria têxtil da cidade de São Paulo. 1988. 113 f. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Pontífice Universidade Católica. São Paulo, 1988.
- CRUZ, M. S. et al. Prevalência de deficiência auditiva referida e causas atribuídas: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1123-1131, maio 2009.
- 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.
- FRANKS, J. R.; STEPHENSON, M. R.; MERRY, C. J. Preventing occupational hearing loss: a practical guide. **US: The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)**, p. 231, 1996.
- JACOB, L. C. B. et al. Auditory monitoring in ototoxicity. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 72, n. 6, p. 836-44, nov. – dez. 2006.
- JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING (JCIH). Year 2007 Position Statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. **Pediatrics.**, Springfield, v. 120, n. 4, p.898-921, 2007.
- LOPES, A. C. Audiometria tonal limiar. In: BEVILACQUA, M. C. (Org.) et. al. **Tratado de Audiologia**. São Paulo: Santos, 2011. p. 63-80.
- MAGNI, C.; FREIBERGER, F.; TONN, K. Avaliação do grau de satisfação entre os usuários de amplificação de tecnologia analógica e digital. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 71, n. 5, p.650-7, set – out. 2005.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/caracteristicas_religio_deficiencia.pdf> Acesso em: 19 jul. 2013.
- MIRANZI, S. S. C.; MORAES, A. S.; FREITAS, I. C. M. Impact of the Haemophilus influenzae type b vaccination program on Hib meningitis in Brazil. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1689–95, Jul. 2007.
- MOREIRA, J.C.; SENA, E. Brasil, Industrialização e política econômica. In: MOREIRA, J.C.; SENA, E. **Geografia**: volume único. São Paulo: Scipione, 2008. p. 372 -386.
- MORETTIN, M. **Avaliação dos benefícios e satisfação dos usuários de aparelho de amplificação sonora individual nos serviços de audiologia**. 2008. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública na Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- NOVAES, B. A. C.; RALO, E. J. S.; MENDES, B. C. A. Gestão de processos na saúde auditiva: quadro – fluxo de pacientes, organização da agenda e satisfação do usuário. In: BEVILACQUA, M.C. et al. (Org.). **Saúde auditiva no Brasil**: políticas, serviços e sistemas. São José dos Campos: Pulso, 2010. p. 135- 156.
- RIBEIRO, G.S. et al. Haemophilus influenzae meningitis 5 years after introduction of the Haemophilus influenzae type b conjugate vaccine in Brazil. **Vaccine.**, Amsterdam, v. 25, n. 22, p. 4420–28, mar. 2007.
- SÃO PAULO (Estado). Conselho Regional de Fonoaudiologia. (CRFa 2ª Região). **Atuação fonoaudiológica nas políticas públicas**: subsídios para construção, acompanhamento e participação dos fonoaudiólogos, São Paulo. p. 59, 2006. Disponível em: <http://www.fonosp.org.br/publicar/publicacoes/atuacao_fonoaudiologica_2a_rev.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2013.
- TEIXEIRA, C. F. **Estudo avaliativo da política de atenção à saúde auditiva**: estudo de caso em Pernambuco. 2007. 159 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2007.
- TOCHETTO, T.; VIEIRA, E.P. **Legislação Brasileira sobre Triagem Auditiva Neonatal (TAN)**. São Paulo: Pro-Fono, 2006. 57 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Deafness and hearing loss**. Fev. 2013. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>>. Acesso em: 05 ago. 2013.

Submetido em 13.11.2013;
Aceito em 20.12.2013.