



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
Mestrado em Saúde Comunitária



Marcus Valerius da Silva Peixoto

ANALISE DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE  
ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA: Um Estudo de Caso

Salvador  
2013

Marcus Valerius da Silva Peixoto

ANALISE DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À  
SAÚDE AUDITIVA: Um Estudo de Caso

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Comunitária na área de concentração de Planificação e Gestão em Serviços de Saúde.

Orientadora: Sônia Cristina Lima Chaves

Salvador  
2013



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**MARCUS VALERIUS DA SILVA PEIXOTO**

**Análise da Implantação da Política Nacional de Atenção  
à Saúde Auditiva: um Estudo de Caso**

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 08 de Março de 2013

Banca Examinadora:

---

Prof.ª. Sônia Cristina Lima Chaves – FOUFBA

---

Prof.ª. Alcione Brasileiro Oliveira Cunha – ISC/UFBA

---

Prof.ª. Roberta Alvarenga Reis - UFRGS

Salvador  
2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de  
Saúde, SIBI - UFBA.

P379 Peixoto, Marcus Valerius da Silva

Análise da implantação da política nacional de  
atenção à saúde auditiva: um estudo de caso / Marcus  
Valerius da Silva Peixoto. – Salvador, 2013.

78 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sônia Cristina Lima Chaves.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da  
Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, 2013.

1. Política de Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3.  
Serviços de Saúde. 4. Audiologia. II. Universidade Federal  
da Bahia. III. Título.

CDU 614

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter guiado meus caminhos, por ter me dado forças nos momentos em que mais precisei para continuar seguindo em frente e por me dar essa condição de ser um “eterno aprendiz”;

Amanda, minha companheira, por todo amor, cuidado e pela paciência nos momentos de angústia, estresse e ausência;

Ana Maria, minha mãe, por me ensinar o que é coragem, me dar todas condições, amor e carinho para me tornar um homem honesto comigo mesmo e com os outros; por me ensinar desde criança que ser professor é um ato de entrega; e por me ensinar desde cedo que a deficiência não é nada mais que uma diferença;

Dona Geruza, minha avó e mãe; por me ceder grande parte de seu coração que ficou partido pela ausência por todo esse tempo; por todo carinho e amor;

Dionízio, meu pai, pelos conselhos, pelas palavras de conforto, por me ensinar a ter perseverança e acreditar fielmente nos meus sonhos;

Yara, André, Lucas e Cadu por me renderem tantos sorrisos verdadeiros;

Neto, por toda aposta que fez de poder um dia me ver chegar a esse momento;

Ao Instituto de Saúde Coletiva por todo acolhimento; por me mostrar o que é ser pesquisador; que é possível construir um SUS público, gratuito e de qualidade e que a luta ainda é um caminho viável para as mudanças em nossa sociedade;

Ao Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo auxílio da bolsa de estudos, que sem esta, não seria possível concretizar o curso de mestrado e essa dissertação;

Professora Sônia Chaves, minha orientadora, por me acolher tão bem no ISC, por acreditar e me fazer acreditar na relevância do meu trabalho, pela confiança nessa caminhada, pela paciência, por acreditar que eu conseguiria terminar esse mestrado trabalhando e morando a 300Km do ISC; pelo respeito a todas ideias eu trouxe ao estudo, por reconhecer esse processo de construção e ainda me dar tanta autonomia, mesmo diante de minhas limitações;

Ao diretório de política, planejamento, gestão e avaliação, onde tive o primeiro contato com o ISC, pude apresentar meu ante-projeto e adquirir tantas contribuições, tive a oportunidade de compreender o que a saúde coletiva certa do caminho que quero seguir;

Ao Mestre Jairnilson Paim, que me recebeu no diretório, em sua sala de aula ainda como ouvinte, agradeço por fazer despertar em tanta inquietude em suas

aulas, assim como o sentimento de que somos sujeitos da construção da história;

A professora Carmem Teixeira por nos despertar uma grande paixão pela saúde coletiva; por sua contribuição e rigor científico, sem esquecer dos bons momentos de risadas;

Professora Lígia Vieira por toda contribuição teórica e metodológica na qualificação e construção dessa dissertação;

Professora Silvia Ferrite, que além de contribuir muito na qualificação, me deu muito incentivo desde o processo seletivo; Assim como por toda ajuda e ensinamentos na minha primeira experiência como docente na UFBA;

Aos pesquisadores da fonoaudiologia que contribuíram com a realização do estudo;

Todos amigos do ISC, especialmente a turma de planejamento e gestão com quem tive a oportunidade de passar mais tempo junto, por compartilhar das angústias, expectativas, aprendizados e muitas risadas;

A turminha que frequenta a sala de estudos, a nossa segunda casa.

Aos grandes amigos com quem tive a oportunidade de maior convívio nas disciplinas (Ana Luiza; Bartira; Fabiane, Jair, Marcos, Vladimir, Marcelo);

Minhas amigas do ISC Fabiane e Silvia Pereira que tanto se esforçam para desenvolver estudos sobre a atenção à saúde da pessoa com deficiência no campo da Saúde Coletiva;

Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju que tem me confiado a missão de estar na condução da frente de trabalho de implementação da Política de Atenção à Pessoa com Deficiência;

Amigos da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, especialmente a Cristiani Ludmila e Byron por todo incentivo, motivação e compreensão; Graça, Léa e Suzete pela sensibilidade e pela recepção nessa cidade que hoje é minha casa;

Marcio, que me cedeu abrigo por tantas noites em Salvador;

Aos amigos Patrícia, Celso, Andréia, Tati e Diego pelo companheirismo e incentivos nessa jornada;

## SUMÁRIO

### **ARTIGO 1 - Imagem-objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: uma proposta**

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	18
4.1. Desenho do estudo.....	18
4.2. Procedimentos e técnicas de produção de dados.....	18
4.3. Análise dos dados.....	19
4.4. Aspectos éticos.....	19
4.5. Elementos do modelo teórico lógico.....	21
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	24
3.1. Consensos e dissensos no nível da gestão.....	28
3.2. Consensos e dissensos no nível da organização.....	29
3.3. Consensos e dissensos no nível do triângulo de governo.....	32
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	35
<b>5. REFERÊNCIAS</b> .....	36

### **ARTIGO 2 – Análise da implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: um estudo de caso**

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	43
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	46
2.1. Desenho do estudo.....	46
2.2. Procedimentos e técnicas de produção de dados.....	46
2.3. Análise dos dados.....	46
2.4. Aspectos éticos.....	47
2.5. Aspectos teóricos metodológicos da avaliação em saúde.....	48
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	52
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	67
<b>5. REFERÊNCIAS</b> .....	68
<b>6. ANEXOS</b> .....	72

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### **ARTIGO 1 - Imagem-objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: uma proposta**

Figura 1 – Modelo Teórico/Lógico da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva ..... 20

Gráfico 1 – Grau de consenso e de importância atribuídos aos critérios da imagem-objetivo da PNASA. .... 27

Gráfico 2 – Grau de consenso e de importância atribuídos aos níveis da imagem-objetivo da PNASA segundo os níveis..... 27

### **ARTIGO 2 – Análise da implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: um estudo de caso**

Figura 1 – Modelo Teórico/Lógico da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva..... 51

Gráfico 1 – Classificação do grau de implantação da PNASA no âmbito estadual segundo os níveis. .... 52

Gráfico 2 – Classificação do grau de implantação da PNASA no âmbito estadual segundo as dimensões. .... 54

## LISTA DE TABELAS

### **ARTIGO 1 - Imagem-objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: uma proposta**

Tabela 1 – Formação e atuação profissional dos *experts* convidados para o consenso da imagem-objetivo da PNASA. .... 19

Tabela 2 – Matriz de medidas da PNASA - Valores das médias e desvios-padrão(DP) conferidos por *experts* na atenção à saúde auditiva que participaram da técnica *Delphi* de consenso para a imagem-objetivo da PNASA. ....24

Tabela 3 - Número e percentual de critérios analisados/classificados por especialistas da PNASA segundo o grau de consenso e importância; por nível análise e conforme as notas atribuídas por rodadas de consulta. .... 26

### **ARTIGO 2 – Análise da implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: um estudo de caso**

Tabela 1 – Matriz de medidas da PNASA resultante da técnica de consenso *Delphi* – Análise da implantação do grau da PNASA no âmbito estadual. ....53

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CONEP - Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

DP – Desvio Padrão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNASA – Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SASA – Serviço de Atenção à Saúde Auditiva

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial de Sistema Único de Saúde

## APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) foi instituída em 2004 com a finalidade de fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde para a deficiência auditiva em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde a partir da implantação de redes estaduais de atenção à saúde auditiva que contemplam ações de prevenção, diagnóstico e reabilitação.

Após a criação da PNASA, houve um aumento das publicações sobre a avaliação das ações e serviços de atenção à saúde auditiva, predominantemente os estudos sobre a satisfação e aceitabilidade dos usuários. No entanto, são escassas as informações de alcance nacional e que proponham uma imagem-objetivo da PNASA permitindo compreender o seu processo de implantação. Assim, esse estudo busca responder as seguintes perguntas de investigação: *Como está ocorrendo o processo de implantação da PNASA no âmbito estadual do SUS? Que fatores tendem a impulsionar ou obstaculizar este processo?*

Este trabalho visa, portanto, propor a imagem-objetivo da PNASA e analisar o seu grau de implantação no âmbito estadual. Para viabilizar a execução da proposta foram construídos dois artigos, intitulados “Imagem-objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: uma proposta” e “Análise da Implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: Um Estudo de Caso”. O primeiro trata de uma construção da situação futura desejada partir de uma análise dos documentos normativos da política e da aplicação da técnica de consenso “Delphi”. O segundo artigo busca analisar o grau de implantação da PNASA no âmbito estadual relacionando os componentes da gestão e da organização do sistema às características de governo.

Espera-se que a imagem-objetivo da PNASA possa contribuir como uma referência para a realização estudos avaliativos que incidam sobre os diferentes atributos da intervenção, como é o caso da análise de implantação, proposta no segundo artigo. Ambos os artigos se amparam nas contribuições teórico-metodológicas do campo da saúde coletiva e do espaço da avaliação em saúde para a compreensão do processo de implementação de políticas públicas de saúde.

## **ARTIGO 1**

**IMAGEM-OBJETIVO DA POLÍTICA NACIONAL DE  
ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA: uma proposta**

## RESUMO

PEIXOTO, Marcus Valerius da Silva. Imagem-objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: uma proposta. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

As diretrizes da atenção à saúde auditiva no Brasil foram definidas apenas no ano de 2004 pela Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA). Destaca-se nesta, a necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que estabelecesse uma linha de cuidados integrais no manejo das principais causas e reabilitação da deficiência auditiva. Diante das limitações no dimensionamento da problemática da atenção à saúde auditiva no país, visto a escassez de informações de alcance nacional e que proponham uma imagem-objetivo da PNASA, esse estudo tem como objetivo propor a Imagem-objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Tratou-se de um estudo de modelização de uma intervenção que foi desenvolvido em duas etapas. A primeira analisou os documentos oficiais que instituíram a política, que subsidiou a construção de um modelo teórico lógico e uma matriz preliminar com níveis, dimensões, e critérios/padrões da PNASA, apontados como desejáveis para o processo de implementação da PNASA, os quais, na segunda etapa, foram validados por especialistas através da técnica de consenso “Delphi”. Para a análise, as respostas foram submetidas a um tratamento estatístico por meio do cálculo de tendência central e de dispersão, bem como houve uma análise das sugestões dos especialistas. Foi obtido como resultado o consenso de um modelo lógico e uma matriz com 20 critérios/padrões da PNASA, com 11 dimensões e 3 níveis (*gestão, organização e características de governo*). O nível da gestão obteve 91%(10) dos seus critérios considerados como muito importantes, seguido dos níveis da organização e características de governo obtiveram 63%(5) considerados da mesma forma. Em relação ao grau de consenso, o nível das características de governo obteve 63%(5) dos seus critérios com alto grau de consenso, seguido do nível da gestão com 55%(6) e do nível da organização com 50%(4). Essa imagem-objetivo proposta poderá ser base para estudos de avaliação de implantação em todo o território nacional, como ferramenta de gestão.

**Palavras chave:** Política de Saúde; Avaliação em Saúde; Serviços de Saúde; Audiologia.

## ABSTRACT

PEIXOTO, Marcus Valerius da Silva. Objective-image of the National Hearing Health Care: a proposal. 2013. Dissertation (Masters in Community Health) Public Health Institute, Federal University of Bahia, Salvador, 2013.

Guidelines for hearing care in Brazil were defined only in 2004 by the National Policy on Hearing Health Care (NEHAP). It is noteworthy to point out the need to structure a network of regionalized and hierarchical services that establish a line of comprehensive care in the management and rehabilitation of the main causes of hearing loss. Given the limitations in scaling the problem of hearing health care in the country, given the scarcity of information nationwide and to propose objective-image NEHAPs, the goal of this study is to propose an objective-image of the National Policy on Health Care Hearing. It was a model study of an intervention that was developed in two stages. The first, presented in this study, analyzed official documents that established the policy that subsidized the construction of a theoretical model and an array with logical levels, dimensions and criteria / NEHAP standards preliminary identified as desirable for the implementation process of the NEHAP, which were validated by experts using the consensus "Delphi". For analysis, the responses were subjected to statistical analysis through the calculation of the central tendency and dispersion, and there was an analysis of the suggestions from the experts. It was obtained as a result of the consensus of a logical model and a matrix of 20 criteria / NEHAP standards with 11 dimensions and 3 levels (management, organization and governance characteristics). The management level obtained 91% (10) of its criteria considered to be very important, followed levels of government organization and characteristics of obtained 63% (5) regarded in the same way. Regarding the degree of consensus, the level of characteristics from the government obtained 63% (5) of its criteria with a high degree of consensus, followed by the management level of 55% (6) and the level of the organization with 50% (4). This objective-image proposed may be used as an evaluation study for deployment throughout the national territory, as a management tool.

Keywords: Health Policy, Health Evaluation, Health Services; Audiology.

## 1. INTRODUÇÃO

O Censo de 2010 apontou uma estimativa de prevalência da deficiência auditiva (autodeclarada) de 5,1% no Brasil, o que equivale a aproximadamente 9,7 milhões de pessoas (IBGE, 2010). Estudos científicos (CRUZ et al, 2009; BOTELHO et al, 2010; PUPO, BALIEIRO E FIGUEREDO, 2007; BÉRIA, 2007) têm evidenciado o problema da deficiência auditiva sob a perspectiva epidemiológica. O estudo de Béria (2007) foi o primeiro estudo na América Latina utilizando o Protocolo para Pesquisas de Transtornos da Audição e do Ouvido da OMS, uma pesquisa de base populacional em Canoas (RS) que identificou perdas auditivas leves em 19,3% dos sujeitos pesquisados e perdas auditivas severas ou profundas (consideradas incapacitantes) em 6,8% da população. A pesquisa afirma que os dados são similares aos de outros países em desenvolvimento como Índia, Indonésia, Nigéria, Myanmar e Sri Lanka em que a prevalência da perda auditiva incapacitante é de 7%, aproximadamente .

As ações ligadas à atenção à saúde auditiva no Brasil, que perpassam da prevenção à reabilitação da deficiência auditiva tiveram suas diretrizes constituídas em uma *política*<sup>1</sup> apenas no ano de 2004, descrita na portaria GM/MS 2073/04, a qual institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA). Destaca-se na proposta *“a necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que estabeleça uma linha de cuidados integrais no manejo das principais causas da deficiência auditiva, visando minimizar os danos na população, bem como a implementação do processo de regulação, avaliação e controle da atenção à saúde auditiva”* (BRASIL, 2004a).

Assim, a PNASA visa *“desenvolver estratégias que fortaleçam a promoção da qualidade de vida, educação, proteção, recuperação da saúde e prevenção de danos, bem como promover a inversão do modelo de atenção aos usuários, com assistência multiprofissional e interdisciplinar”* (BRASIL, 2004). Esta política surge como resposta ao problema da deficiência auditiva considerando a magnitude do problema na população, o seu impacto para os

---

<sup>1</sup> Refere-se ao conceito de Política de Saúde descrito por Paim (2003) que considera esta como *“a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (Politics), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (Policy).*

indivíduos, famílias e comunidades, bem como diante das possibilidades de êxito na intervenção e na necessidade de organização do sistema de saúde.

A situação da atenção à saúde auditiva no Brasil também tem sido apontada em estudos de avaliação sobre os serviços de saúde e suas práticas. Teixeira (2007) avaliou a distribuição dos serviços, oferta de procedimentos e satisfação dos usuários no Estado de Pernambuco mediante uma avaliação normativa e pesquisa avaliativa. O estudo evidenciou insuficiência e desigualdade na distribuição de recursos e na oferta de procedimentos de atenção à saúde auditiva, sendo estes focalizados nas ações de média e alta complexidade, envolvendo procedimentos de alto custo como a concessão de próteses auditivas. O trabalho ainda aponta indícios de iniquidades no acesso da população, demonstrando desacordo com as diretrizes de descentralização das ações do programa, destacando uma lógica voltada para as medidas individuais de elevado custo, em vez de ações de impacto coletivo (TEIXEIRA, 2007).

Miranda e colaboradores (2006), ao analisar a série histórica dos procedimentos dos serviços de saúde auditiva em Pernambuco, por meio de um estudo transversal a partir de dados do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS afirma que os serviços prestadores encontram-se centralizados em poucos municípios, com cobertura restrita de procedimentos, sendo em sua maioria os de diagnóstico na média complexidade ofertados pelos prestadores de natureza pública, já os procedimentos de alta complexidade, são ofertados principalmente pelos serviços de natureza filantrópica e serviços privados.

A maior parte dos estudos de avaliação voltados para a atenção à saúde auditiva está relacionada à satisfação e aceitabilidade das práticas, tratam-se de estudos dirigidos aos resultados das ações em saúde, mas que no entanto, não refletem os processos pelos quais se alcançam esses resultados (ARMIGLIATO, 2010; FARIAS & RUSSO, 2010; ROSSI-BARBOSA, 2010; BEVILACQUA E COLABORADORES, 2009; FIALHO e colaboradores, 2009; ANGELI e colaboradores, 2009; FREITAS & COSTA, 2007; VEIGA, MERLO & MENGUE 2005).

Considerando que as políticas públicas de saúde são formuladas em distintas correlações de força, condições de tempo, com a participação de diversos atores para atender problemas mediatos e imediatos, nem sempre se

observa em suas publicações, as quais se dão geralmente por meio de leis, portarias ou decretos governamentais, uma definição clara de como estas serão implementadas nas mais diversas situações. Observa-se então, que muitas políticas não apresentam de forma explícita uma imagem-objetivo e se resumem a práticas burocráticas.

A imagem-objetivo de uma política pode ser concebida como uma situação futura desejada, uma intenção que orienta a ação. A imagem-objetivo não é uma construção da imaginação sem vínculos, mas sim uma situação que se julga desejável e possível de alcançar. Qualquer pessoa ou grupo social pode definir uma imagem objetivo de uma situação de saúde futura que considera desejável, porém, nem todas terão o mesmo poder de intervenção (OPS, 1975)

Diante das limitações no dimensionamento da problemática das políticas públicas de atenção à saúde auditiva no país, visto a escassez de informações de alcance nacional e que proponham uma imagem-objetivo da PNASA, esse estudo tem com objetivo propor a Imagem-Objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva no Brasil.

## **2. Metodologia**

### **2.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo de modelização de uma intervenção (CHAMPAGNE, BROUSSELLE, HARTZ, CONTRANDIOPOULOS E DENIS, 2011), que foi desenvolvido em duas etapas, a primeira trata de uma análise dos documentos oficiais que instituem a política, a qual subsidiou a construção de um modelo teórico lógico (Figura 1). A partir do modelo lógico foi proposta uma matriz preliminar com *níveis, dimensões e critérios/padrões* apontados como desejáveis para o processo de implementação da PNASA. Na segunda etapa do estudo os critérios/padrões foram validados por meio da técnica de consenso “Delphi” (JONES & HUNTER, 2005).

### **2.2 Procedimentos e técnicas para coleta de dados**

Para a análise documental, foi realizada uma busca dos documentos oficiais que instituem e que tratam sobre a operacionalização da atenção à saúde auditiva no SUS (Portaria GM/MS nº 2.073 de 2004; Portaria SAS/MS Nº 587 de 2004; Portaria SAS/MS Nº 589 de 2004). Foi construído um instrumento para destacar o que é considerado por cada um dos documentos como *problema, objetivos, estratégias e componentes*. Após a sistematização do conteúdo desses documentos foi construído o modelo lógico e a matriz de critérios (BRASIL, 2004b; BRASIL, 200c).

Na aplicação da técnica “Delphi”, a matriz foi enviada no formato de questionário por meio eletrônico para fonoaudiólogos de diferentes regiões do país, considerados como “experts” na temática, os quais atuam tanto no âmbito da gestão do SUS (federal, estadual ou municipal), quanto no âmbito acadêmico no desenvolvimento estudos ligados à avaliação de serviços de saúde auditiva. Um total de 14 *experts* foram convidados, porém apenas 7 responderam à solicitação. A Tabela 1 descreve a formação e atividades profissionais que os mesmos desenvolvem.

O processo foi realizado em dois momentos em que os especialistas atribuíram uma nota correspondente a uma escala de 0 (menor relevância) a 10 (maior relevância) para os critérios/padrões, assim como, puderam sugerir modificações ou novos critérios para compor a matriz da imagem-objetivo da política.

**Tabela 1 – Formação e atuação profissional dos experts consultados para a imagem –objetivo da PNSA no Brasil, 2012.**

<b>Especialização</b>	<b>Mestrado</b>	<b>Doutorado</b>	<b>Atuação Profissional</b>
Audiologia	Enfermagem em saúde pública	Enfermagem em saúde pública	Docência e pesquisa
Saúde Pública	Saúde pública	---	Gestão estadual do SUS e pesquisa
Audiologia	Ciências da saúde	---	Gestão estadual do SUS e pesquisa
Audiologia	---	---	Gestão municipal do SUS e Pesquisa
Distúrbios da comunicação	Saúde pública	---	Docência, pesquisa e gestão de serviço
Audiologia	---	---	Gestão federal do SUS
Audiologia	---	--	Gestão estadual

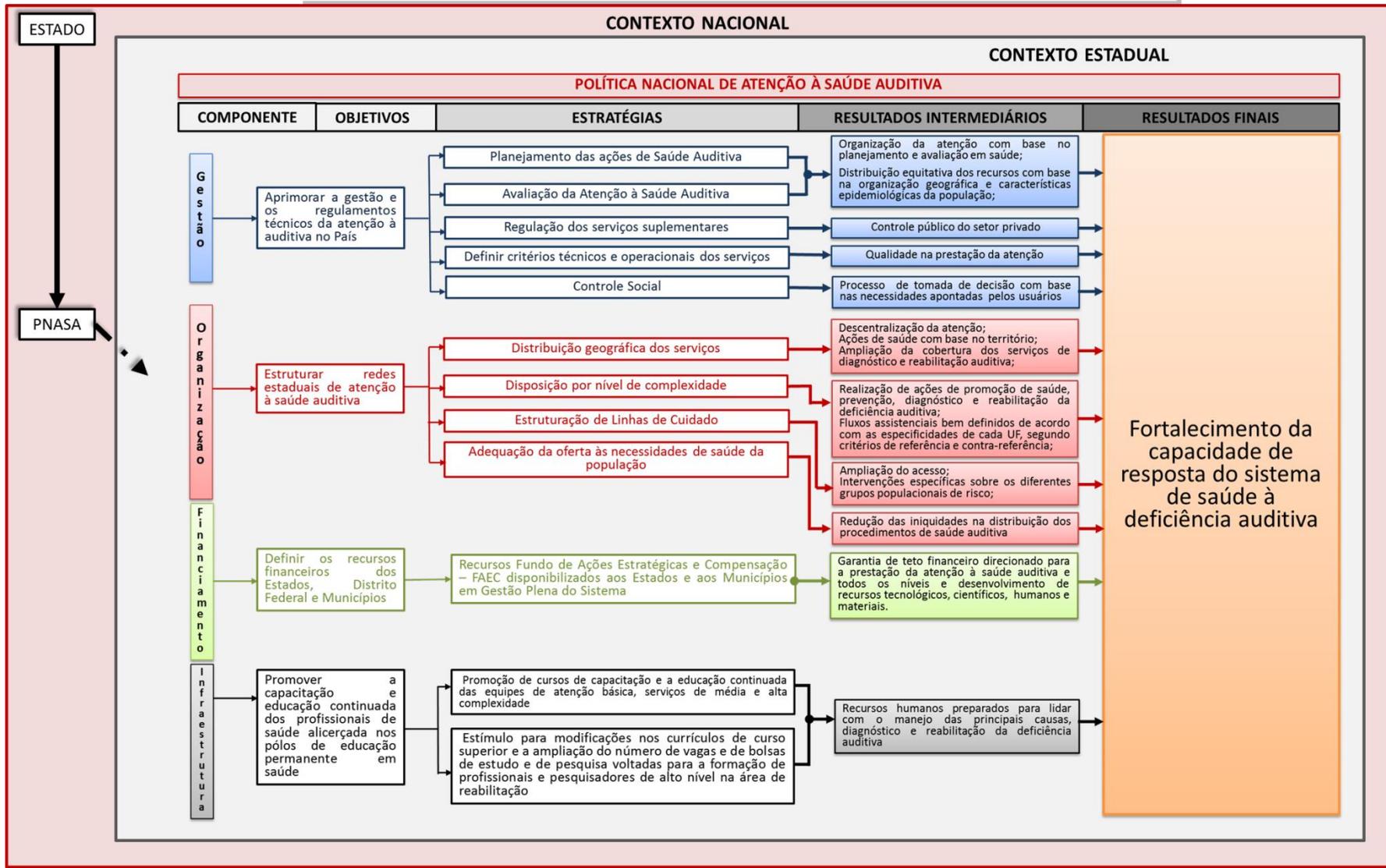
### 2.3 Análise dos dados

Para a análise, as respostas foram submetidas a um tratamento estatístico por meio do cálculo de tendência central e de dispersão, bem como houve uma análise das sugestões dos especialistas, observando-se a coerência com o modelo teórico lógico. O questionário foi enviado novamente para os especialistas com modificações e com os resultados obtidos no tratamento estatístico, possibilitando a mudança das respostas anteriores e por fim, houve um novo tratamento estatístico. Os critérios foram considerados (a) muito importantes com a média  $\geq 9$ ; (b) importantes com a média  $\geq 8$  e  $< 9$ ; (c) critério pouco importante com média  $< 8$ . Em relação ao grau de consenso foi considerado: (a) critério com alto grau consenso com desvio padrão  $\leq 1$ ; (b) critério com médio consenso  $> 1$  e  $\leq 2$ ; (c) critério baixo grau de consenso  $> 2$  e  $\leq 3$  e; critério em dissenso  $> 3$ . Foram incluídos na matriz final apenas os critérios muito importantes, importantes, com alto grau e de médio consenso.

### 2.4 Aspectos éticos

O estudo seguiu as normas do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo a resolução CNS nº 196/96 que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia com parecer nº 07/2012. Os autores declaram não haver conflito de interesse na realização desse estudo.

Figura 1 - MODELO TEÓRICO/LÓGICO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA



## 2.5 Elementos do modelo teórico lógico

São considerados elementos básicos de uma imagem-objetivo, a *ideologia* e o *conhecimento da situação de saúde*. A ideologia está relacionada ao mundo das ideias, a forma como a sociedade e os grupos dominantes compreendem sua forma de organização e também está intimamente ligada ao conhecimento da situação de saúde, de modo a agir como um fator condicionante. A situação de saúde pode ser analisada em diferentes componentes, passando pelo estado de saúde, estrutura, funcionamento e produtos que o sistema de serviços oferece à população. Na medida em que se aperfeiçoa uma imagem-objetivo, maior será a interação dos valores ideológicos para se alcançar uma situação desejável (OPS, 1975).

Nessa perspectiva, entende-se que o conhecimento da situação de saúde possui um nível político e um nível técnico que interagem e resultam em elementos essenciais para construir a imagem-objetivo (OPS, 1975). A construção da imagem-objetivo também tem sido proposta como referência para contribuir nos estudos de avaliação em saúde que se depara com políticas de saúde pouco explícitas ao que se pretende, ou no sentido de demarcar a distância do que se propõe ao que de fato ocorre (CHAVES e colaboradores, 2011; ALVES e colaboradores 2010; NAGAHAMA, 2009; VIEIRA-DA-SILVA e colaboradores 2007; CHAVES & VIEIRA-DA-SILVA 2007).

A PNASA destaca em seus objetivos o desenvolvimento de estratégias para atenção integral à saúde das pessoas com deficiência auditiva, ampliação do acesso e organização dos fluxos por meio da criação de redes estaduais de atenção à saúde auditiva, com ações previstas em todos os níveis de atenção, propondo uma mudança no modelo assistencial, apesar de não deixar claro o que se compreende conceitualmente por modelo de atenção, bem como, qual tipo de organização é desejável para se aplicar à resolução do problema da atenção à saúde auditiva no país (BRASIL, 2004a).

Compreendendo que modelo assistencial é tema central na proposta da política, assume-se neste trabalho o referencial de modelo de atenção à saúde, descrito por Paim como “(...) *forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de lógica que orienta a ação. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e*

*instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Aponta para determinado modo de dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde” (PAIM, 2003 p. 568).*

Teixeira (2002) apresenta uma ampliação deste conceito sob uma concepção sistêmica dos modelos de atenção que inclui três dimensões, a **gerencial** que está relacionada com o processo de condução da reorganização das ações e serviços, a **organizativa** que diz respeito ao estabelecimento de relações entre unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado e; a dimensão **técnico-assistencial**, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho (...). A autora ainda aponta que a transformação de um modelo de atenção exige a conjunção de propostas e estratégias sinérgicas nas três dimensões, não excluindo a possibilidade de mudanças parciais contribuírem para transformações mais amplas (TEIXEIRA, 2002 p. 110).

Buscando-se compreender os diversos elementos da PNASA que pressupõem uma mudança na organização da atenção e associando a essa concepção sistêmica sobre modelos de atenção foi desenvolvido um modelo lógico da PNASA (Figura 1), na observância de que Medina e colaboradores (2005) assinalam as possibilidades e importância de se realizar a modelagem de um objeto de investigação científica, visto que considera o mesmo como um construto de uma realidade. Nesse sentido afirma que modelar “*significa representar o objeto, seus movimentos e suas relações tendo por referência uma construção teórica*”, ou seja, uma representação esquemática de um objeto numa articulação de componentes empíricos e teóricos. Não se trata, portanto de uma idealização ou de um sistema hipotético dedutivo particular, trata-se de uma representatividade de um dado fato (MEDINA 2005 et al p.43)

O modelo teórico/lógico conforma um desenho do funcionamento de um programa que se aplique em determinadas situações reais esperadas para resolver os problemas identificados. Pode ser também utilizado como base para a avaliação, pois pode contribuir para identificar o problema objeto do programa e apontar com quais subsídios estes problemas podem ser superados. Podem ser considerados elementos dos modelos lógicos: *recursos, ações, produtos, resultados intermediários e finais*, assim como as hipóteses

que suportam essas relações e as influências das variáveis relevantes de contexto (CASSIOLATO & GUERESI, 2010).

O esquema proposto na Figura 1 compreende que a PNASa se estabelece em um contexto social nacional (delimitação do diagrama em vermelho) que abrange o Estado brasileiro, o qual aparentemente reconhece o problema da deficiência auditiva no país e formula a PNASa para se alcançar uma situação desejada com sua implantação no contexto das unidades federativas (delimitação do diagrama em cor cinza). As relações desse macroprocesso estão representadas inicialmente, por uma seta linear (relação entre o Estado e formulação da política), e, uma seta pontilhada em diagonal, que representa o processo de implantação de uma política que não é um simples reflexo de sua formulação.

A estrutura do programa foi organizada por colunas de acordo com os seus *componentes, objetivos, estratégias, resultados intermediários e resultado final*. Segundo a interpretação de que a política envolve mudanças no sistema de saúde no âmbito estadual, foram admitidos como *componentes*<sup>2</sup> a gestão, organização do sistema, financiamento e infraestrutura, visando sistematizar a política que tem como cerne fortalecer a prestação da atenção à saúde.

Os objetivos, estratégias e resultados foram alistados nas portarias que instituem a PNASa seguindo pressupostos da lógica do programa e atribuídas relações simples de causa direta representada pelas setas contínuas. Observa-se que para o alcance dos objetivos, em geral demanda de mais de uma estratégia, e, estas por sua vez, podem gerar mais que um resultado intermediário. Ressalta-se o entendimento de que o desenho desse esquema tem uma função analítica e que no cotidiano das práticas de saúde, essas relações podem ser complexas, com interações sinérgicas e efeitos mútuos.

Os componentes do modelo lógico da gestão e organização, juntamente com o contexto político, a ser investigado mediante do *triângulo de governo*<sup>3</sup> de Matus (1996), foram considerados para fins metodológicos com níveis *Gerencial, Organizativo e Político*, dos quais derivaram dimensões,

---

<sup>2</sup> Foram adotados os componentes do sistema de saúde conforme descrito por PAIM (2001; 2003; 2011a; 2011b).

<sup>3</sup> O Triângulo de Governo consiste na interação sinérgica entre três variáveis que são distintas e ao mesmo tempo se condicionam mutuamente e permitem compreender a complexidade do processo de governo. As variáveis são descritas como **Projeto de governo** – “refere-se ao conteúdo propositivo dos projetos de ação que um ator se propõe realizar para alcançar seus objetivos”. **Governabilidade** – “é a relação entre as variáveis que o ator controla e as que não controla no seu processo de governo”; e, **Capacidade de governo** – “é a capacidade de condução ou direção e refere-se ao acervo de técnica, métodos, destrezas, habilidades e experiência de um ator e sua equipe de governo” (MATUS, 1996; p.61).

subdimensões e critérios/padrões para a composição da Imagem objetivo em uma matriz, posta para consenso de pares especialistas na área.

### 3. Resultados e discussão

A Tabela 2 apresenta a matriz de medidas da PNASA com todos os critérios em suas respectivas dimensões e níveis, bem como a pontuação das duas rodadas. Ao final da validação pelos especialistas restaram 20 critérios, levando-se em consideração que dois critérios tiveram baixo grau de consenso na primeira rodada, os quais foram modificados seguindo sugestões dos especialistas e na segunda rodada foram admitidos com alto grau de consenso e em consenso. Quatro critérios foram excluídos pelo motivo haver dissenso em três deles e um teve baixo grau de consenso, além disso, foram considerados pouco importantes, resultados observados nas duas rodadas. Houve a exclusão de três critérios e uma dimensão após a interpretação de que estariam sobrepostos. Um critério novo foi incluído após a sugestão de um dos especialistas na primeira rodada e consensuado na segunda rodada.

**Tabela 2** – Matriz de medidas da PNASA - Valores das médias e desvios-padrão(DP) conferidos por *experts* na atenção à saúde auditiva que participaram da técnica *Delphi* de consenso para a imagem-objetivo da PNASA.

n°	Níveis/Dimensões/Critérios/padrão	Rodada 1		Rodada 2	
		Média	DP	Média	DP
<b><u>Nível da Gestão</u></b>					
<b>D1 Dimensão do planejamento</b>					
C1	O Plano de Reabilitação Auditiva está descrito no plano estadual de saúde e se aplica como instrumento de gestão;	9,6	1,0	9,6	1,0
C2	Participação dos usuários, trabalhadores, prestadores e gestores no planejamento;	9,1	1,5	9,3	1,4
C3	O planejamento e implantação dos serviços estão baseados em dados epidemiológicos e série histórica de atendimentos das regiões de saúde**;	9,0	1,2	9,4	1,0
<b>D2 Dimensão da avaliação</b>					
C4	Existem processos de avaliação e monitoramento da rede e dos serviços, observando-se estrutura, processos e resultados das ações;	10,0	0,0	9,7	0,7
C5	Existência de estudos avaliação de eficiência e qualidade sobre a rede estadual;	9,3	0,9	9,3	0,9
C6	Utilização e aperfeiçoamento de sistema de informação para acompanhamento da deficiência auditiva;	8,4	2,4	8,9	1,6
C7	Intercâmbio com outros sistemas de informação**;	8,7	1,7	9,0	1,3
<b>D3 Dimensão da regulação dos serviços</b>					
C8	Procedimentos são regulados por central de regulação pública;	9,4	1,0	9,4	0,7
C9	Existência de um grupo técnico de controle e auditoria com fonoaudiólogo e com atuação regular na rede;	9,0	1,4	9,0	1,2
<b>D4 Dimensão da capacidade técnica e operacional dos serviços</b>					
C10	Todos os serviços de alta e média complexidade atendem os requisitos mínimos de Recursos humanos, instalações físicas e de equipamentos da portaria 587/2004;	9,3	1,7	9,1	1,7

Continua...

<b>D5</b>	<b>Dimensão do controle social e participação popular</b>				
C11	Existência de algum mecanismo de gestão colegiada da saúde auditiva com participação dos usuários e trabalhadores;	9,3	0,9	9,6	0,7
	<b><u>Nível da Organização do Sistema</u></b>				
<b>D6</b>	<b>Dimensão da regionalização da atenção à saúde auditiva</b>				
C12	Existência de fonoaudiólogos na atenção básica que realizam ações de promoção, prevenção, identificação e monitoramento dos casos;	9,0	1,8	9,4	1,0
C13	A SES em conjunto com a média e alta complexidade realiza a capacitação para as ESF prevenir, identificar e monitorar os casos de deficiência auditiva;	8,7	1,8	9,3	0,7
C14	Distribuição e implantação dos serviços está baseada em dados epidemiológicos e série histórica de atendimentos das regiões de saúde;	9,9	0,3	9,9	0,3
<b>D7</b>	<b>Dimensão da hierarquização dos serviços**</b>				
C15	Acesso na atenção básica e se necessário, com encaminhamento para unidades de média e alta complexidade percorrendo uma linha de cuidados da deficiência auditiva**;	8,3	2,1	9,7	0,5
<b>D8</b>	<b>Dimensão da estruturação de linhas do cuidado</b>				
C16	Acesso indiscriminado pela atenção básica e se necessário encaminhado para unidades de média e alta complexidade*;	7,1*	4,0*	5,6*	4,3*
C17	Estruturação de uma linha de cuidado para deficiência auditiva com ações previstas em todos os níveis de atenção a partir de um projeto terapêutico com classificação de risco e prioridades;	9,0	2,4	9,3	1,7
C18	Desenvolvimento de ações promovendo o acolhimento e vínculo com os diferentes grupos de forma não explicitada enquanto linha do cuidado;	8,3*	2,8*	8,4*	2,7*
<b>D9</b>	<b>Dimensão da adequação da oferta às necessidades</b>				
C19	Disponibilidade dos procedimentos está baseada em dados epidemiológicos e série histórica de atendimentos das regiões de saúde;	6,9	1,7	8,4	1,4
	<b><u>Nível das Características de Governo; Triângulo de governo (Matus, 1996)</u></b>				
<b>D10</b>	<b>Projeto de Governo</b>				
C20	A atenção à saúde auditiva é prioridade para a gestão estadual;	8,0*	3,3*	7,9*	3,4*
C21	Existe proposta de ação Intersetorial dirigida às pessoas com deficiência auditiva envolvendo setores como da educação e da assistência social;	9,6	0,7	9,9	0,3
C22	O Estado participa do financiamento com recursos além do ministério da saúde para propostas inovadoras;	9,7	0,7	10,0	0,0
<b>D11</b>	<b>Governabilidade</b>				
C23	Existe base de apoio político às pessoas com deficiência no parlamento estadual.	7,0*	3,0*	7,1*	3,1*
C24	Autonomia da secretaria de saúde na condução da Política conforme as pactuações com os atores envolvidos.	8,7	1,6	8,3	1,8
<b>D12</b>	<b>Capacidade de governo</b>				
C25	Existe algum grupo técnico designado para gerir a atenção à saúde auditiva com a participação de fonoaudiólogo;	9,6	0,7	9,7	0,5
C26	Equipe gestora com formação/capacitação em saúde coletiva e/ou direito das pessoas com deficiência.	9,1	1,0	9,1	1,0
C27	Articulação da secretaria estadual com os municípios	--	--	9,5	0,8

Nota: média  $\geq 9$  = muito importante; média  $\geq 8$  e  $< 9$  = importantes; média  $< 8$  critério = pouco importante; DP  $\leq 1$  = critério com alto grau consenso; DP  $> 1$  e  $\leq 2$  = critério com médio consenso; DP  $> 2$  e  $\leq 3$  = critério com baixo grau de consenso e; DP  $> 3$  critério em dissenso.

\* Critério excluído por dissenso/baixo consenso e por ser atribuída pouca importância.

\*\*Critério excluído por estar em sobreposição.

Na primeira rodada do consenso entre especialistas, foram propostos 26 critérios para validação, sendo 11 critérios no nível da gestão, 8 da organização dos serviços e 7 do contexto político. Observou-se que 16(61,5%) critérios

foram considerados muito importantes, 7(27%) importantes e 3(11,5%) pouco importantes. Em relação ao grau de consenso, 10(38,5%) obtiveram alto grau; 10(38,5%) obtiveram médio consenso; 3(11,5%) com baixo grau e; 3(11,5%) em dissenso.

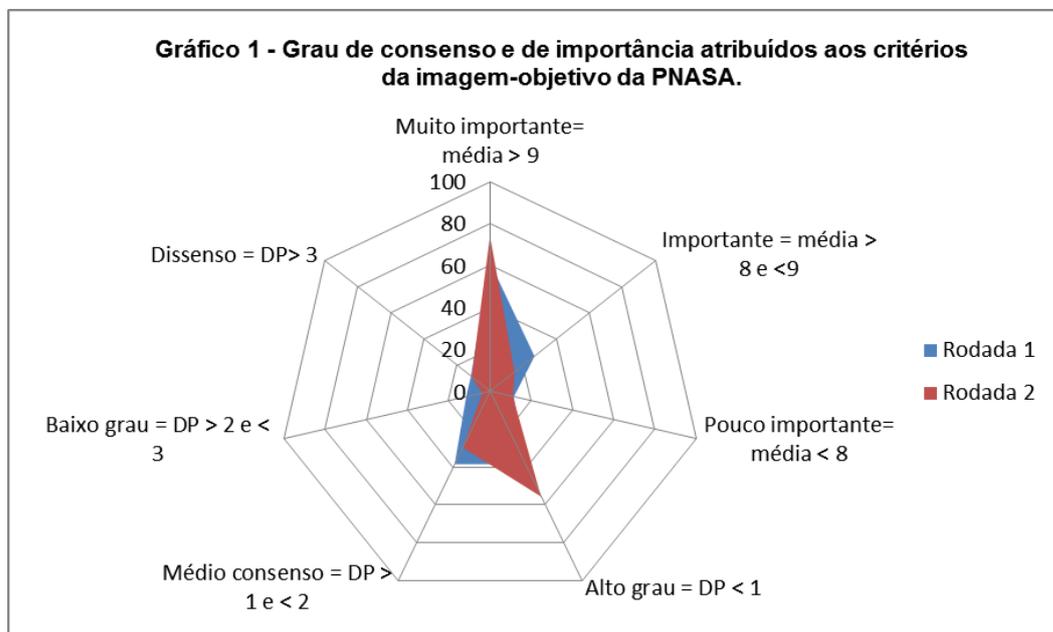
Os *experts* sugeriram 35 modificações para o total de 24 critérios, destas, 27 foram julgadas como coerentes com o modelo teórico lógico e incorporadas, enquanto 8 sugestões não foram admitidas. Na segunda rodada, após as modificações propostas pelos especialistas, 20(74%) critérios foram considerados como muito importantes, 4(15%) importantes e 3(11%) pouco importantes. Uma vez que foram admitidos na matriz final apenas os critérios considerados como muito importantes, importantes e com alto e médio grau de consenso, o total de 20(77%) critérios propostos formaram a matriz de critérios/padrões da imagem-objetivo da PNASA.

Conforme observado na Tabela 3, o nível da gestão obteve 91%(10) dos seus critérios considerados como muito importantes, seguido dos níveis da organização e características de governo que obtiveram 63%(5) considerados da mesma forma. Em relação ao grau de consenso, o nível das características de governo obteve 63%(5) dos seus critérios com alto grau de consenso, seguido do nível da gestão com 55%(6) e do nível da organização com 50%(4). Apesar do nível das características de governo possuir maior percentual de critérios com alto grau de consenso, também obteve maior percentual de critérios em dissenso.

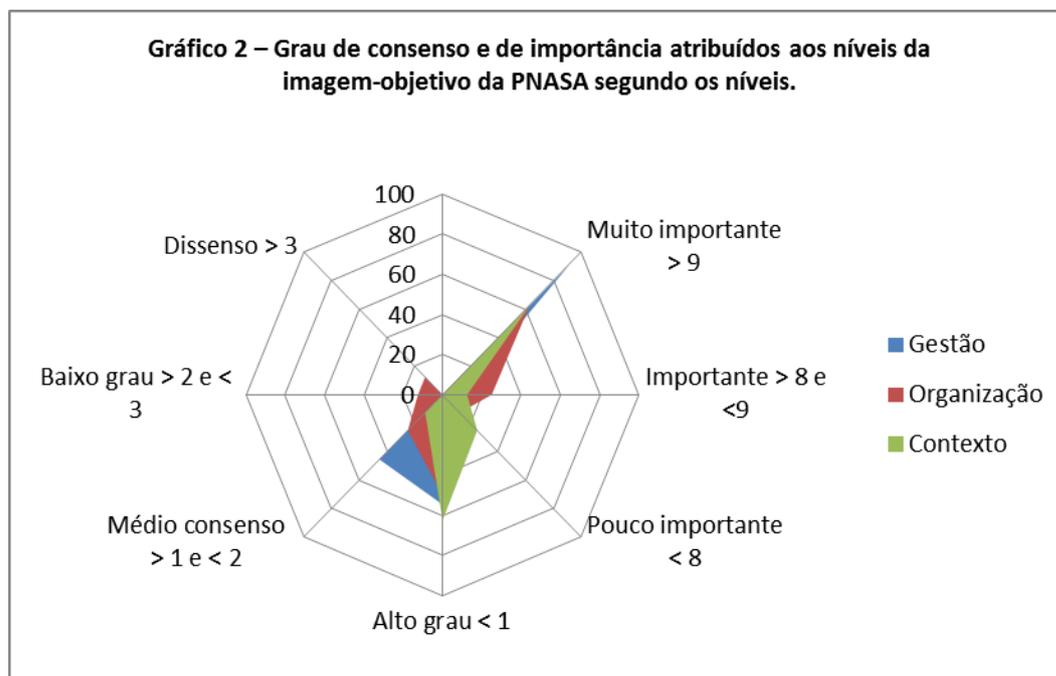
**Tabela 3** - Número e percentual de critérios analisados/classificados por especialistas da PNASA segundo o grau de consenso e importância; por nível análise e conforme as notas atribuídas por rodadas de consulta.

Classificação dos escores	Gestão				Organização				Características de governo				Total			
	Rodada 1		Rodada 2		Rodada 1		Rodada 2		Rodada 1		Rodada 2		Rodada 1		Rodada 2	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Importância (Média)</b>																
Muito importante $\geq 9$	9	82	10	91	3	38	5	63	4	57	5	63	16	62	20	74
Importante $\geq 8$ e $< 9$	2	18	1	9	3	38	2	25	2	29	1	13	7	27	4	15
Pouco importante $< 8$	0	0	0	0	2	25	1	13	1	14	2	25	3	12	3	11
Total	11	100	11	100	8	100	8	100	7	100	8	100	26	100	27	100
<b>Consenso (DP)</b>																
Alto grau $\leq 1$	5	45,5	6	55	1	13	4	50	4	57	5	63	10	38	15	56
Médio grau $> 1$ e $\leq 2$	5	45,5	5	45	3	38	2	25	1	14	1	13	10	38	8	30
Baixo grau $> 2$ e $\leq 3$	1	9	0	0	3	38	1	13	0	0	0	0	3	12	1	3,7
Dissenso $> 3$	0	0	0	0	1	13	1	13	2	29	2	25	3	12	3	11
Total	11	100	11	100	8	100	8	100	7	100	8	100	26	100	27	100

O gráfico 1 apontou que após a segunda rodada de questionamento aos especialistas, houve um aumento em percentual do grau de consenso (lado esquerdo) e do grau de importância (lado direito) dos critérios/padrões para a PNASA.



O gráfico 2 demonstra em percentual que o nível do contexto político é o que obteve maiores escores de alto grau de consenso (DP) e o nível da gestão com melhores escores de importância (média).



### 3.1 Consensos e dissensos no nível da gestão

De acordo com a análise dos especialistas, os critérios propostos no nível da gestão têm grande relevância para o processo de implementação da PNAS, dentre eles destacaram-se C1, C3, C4, C5, C8 e C11, os quais foram classificados como muito importantes e com alto grau de consenso. Portanto, espera-se que a implantação da política com *instrumentos de planejamento; avaliação; regulação pública dos serviços e participação popular/controle social* possa contribuir para uma melhor condução político-administrativa das ações previstas nas portarias que a instituem e também para se alcançar uma situação desejada, do ponto de vista de quem está desenvolvendo atividades de gestão e de pesquisas na área.

Dentre os critérios mais polêmicos nesse nível, o C6 que se refere ao uso de sistemas de informação suscitou revisão, o qual em sua proposta inicial sugere a “criação de um sistema de informação para a deficiência auditiva”, mas que, no entanto, foram levantadas questões como:

“a criação de sistemas de informação geraria mais sistemas fragmentados e maior dificuldade na análise contextual e ampliada das necessidades de saúde auditiva. Essa autonomia de desenvolvimento de sistemas de informação nos níveis de gestão estadual e municipal, em minha opinião, piora a capacidade de utilização dos dados”.  
(Especialista “c”)

A sugestão do especialista levou a uma nova interpretação, modificando o critério para “Utilização e aperfeiçoamento de sistema de informação para acompanhamento da deficiência auditiva”, ou seja, propõe a produção de dados nos sistemas já existentes de modo a contribuir para o planejamento, avaliação, regulação e controle (BRASIL, 2004a).

Em relação à dimensão da regulação, foi enfatizada a necessidade de haver atuação regular por técnicos da gestão estadual, bem como a participação de fonoaudiólogos compondo essa equipe de técnicos. Apesar do marco institucional da política ressaltar que a atenção às pessoas com deficiência auditiva deve ser desenvolvida por equipes multiprofissionais e interdisciplinares, observa-se que a grande maioria dos procedimentos fazem parte da prática fonoaudiológica, desde exames básicos à adaptação de próteses auditivas e realização terapia para (re)habilitação auditiva. Nesse

sentido, houve seguramente a modificação do critério de acordo com a sugestão do especialista.

O critério C10 que se refere a capacidade técnica e operacional dos serviços foi completamente balizado pela portaria SAS/MS 587/2004, uma vez que descreve muitos detalhes para a operacionalização dos serviços, seja no que remete a equipe profissional ou recursos físicos. Porém uma das afirmativas dos especialistas levantou a seguinte questão:

“Há necessidade de revisão da portaria para redimensionar recursos humanos e garantir a construção das redes. Assim, embora o critério proposto pela portaria esteja vigente, talvez não seja o melhor parâmetro para avaliar a capacidade técnica e operacional. Ao menos, não deve ser o único”. (Especialista “d”)

Como se trata de um estudo científico com um objeto limitado, não foi possível aprofundar mais nessa questão, tamanha complexidade e especificidades técnicas da operacionalização da política, se identificada necessidade, pode ser oportuno aplicar uma técnica de consenso apenas para esse critério.

### **3.2 Consensos e dissensos na organização do sistema**

O nível da organização do sistema não foi tão consensual quanto o nível da gestão, aparentemente devido ao fato de ser o nível mais próximo da operacionalização dos serviços de saúde e suas práticas. A análise desse nível é muito propensa a conflitos sobre o funcionamento dos serviços no cotidiano e em rede, conforme a proposta da política. Na análise do critério C12 “Existência de fonoaudiólogos na atenção básica que realizem ações de promoção, prevenção, identificação e monitoramento dos casos”, um dos especialistas relata que:

“Embora seja uma situação ideal, talvez tenham poucos serviços que cumpram esse critério e isso não pode refletir numa avaliação ruim do serviço, pois independe dele. No caso de ser mantido o critério, importante que seja descrita a limitação entre ações nos diferentes níveis, delegando ações menos complexas para a AB (troca de tubinhos, orientação sobre colocação, cuidados e limpeza com as próteses, estratégias de comunicação, ações de educação permanente, etc)”. (Especialista “d”)

Alguns estudos têm apontado que a PNASA tem sido confundida muitas vezes com apenas a existência serviços de média e alta complexidade,

realizando predominantemente, procedimentos de alto custo (TEIXEIRA, 2007), fato que contribuiu para a formulação da pergunta de pesquisa desse trabalho, o qual objetiva compreender o processo de implementação dessa política com todos seus níveis de atenção, portanto o critério foi mantido na íntegra, partindo do entendimento de que o critério é para a avaliação da rede estadual de atenção à saúde auditiva e que há lugar para o profissional fonoaudiólogo na atenção básica, a exemplo dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cabendo à gestão estadual da saúde fomentar a existência desses profissionais para contemplar todas as ações previstas na política (BRASIL, 2008).

Houve questionamentos no critério C13 que propõe: “A média e alta complexidade realiza a capacitação para as equipes de saúde da família prevenirem, identificarem e monitorarem os casos de deficiência auditiva”. A construção do critério foi com base na portaria SAS/MS587/2004 que define as atividades de capacitação como atribuição dos serviços de média e alta complexidade. Na apreciação dos especialistas foi afirmado que os serviços “(...) *devem capacitar a atenção primária em parceria com a gestão. Não é função isolada de prestadores de serviço*”, assim como, houve mais uma menção ao NASF, alegando-se que:

“É o recurso mais viável para a maioria dos serviços. Em existindo fonoaudiólogos na AB/NASF, estes podem se responsabilizar pelas ações de educação permanente na atenção básica, que não deve se restringir apenas às ESF”.  
(Especialista “d”)

O critério foi modificado, compreendendo que o mesmo também complementa os critérios de ações na atenção básica, a partir de iniciativas viabilizadas pela gestão. Existe o entendimento de que o NASF é um equipamento em saúde que pode funcionar como uma equipe de apoio matricial que poderia produzir maior coesão na organização das ações de atenção à saúde auditiva intermediando as ações entre atenção básica e especializada (CAMPOS E DOMITTI, 2007), entretanto não constitui objeto deste estudo analisar a sua cobertura, portanto não foi elaborado um critério específico para essa razão.

Os critérios C15, C16, C 17 e C18, relacionados à hierarquização e linha do cuidado propunham diferentes situações para o acesso da população aos

serviços, privilegiando a atenção básica como “porta de entrada”. Diante de diferentes interpretações possíveis nas portarias, os mesmos foram postos para a análise pelos especialistas objetivando a obtenção de maior consistência para esses critérios. O critério C17 “Existência de linhas de cuidados para distintos grupos populacionais/ciclos da vida (neonatos, escolares, trabalhadores e idosos) e se necessário o encaminhamento para os serviços de média e alta complexidade” foi o que apresentou menor dissenso e aparentou estar mais completo após a primeira rodada, mas a afirmação de um dos especialistas provocou uma diferente reflexão, quando diz:

“A integração da saúde auditiva às linhas de cuidado já existentes é uma proposta mais interessante e viável do que a criação de inúmeras linhas de cuidado”. (especialista “d”)

Portanto o critério foi readequado para: *“Estruturação de uma linha de cuidado para deficiência auditiva com ações previstas em todos os níveis de atenção”*, contemplando dessa forma todo o fluxo dos usuários entre os diferentes serviços, pois o próprio conceito de linha de cuidado tem a centralidade na atenção básica (CECÍLIO & MERHY, 2003). Assim o critério e a dimensão da hierarquização foram excluídos por escores insatisfatórios e por estar sobreposto a dimensão de linha de cuidado, que permaneceu pelo fato de ser um conceito trazido nas portarias como uma estratégia para organização da rede.

O critério que gerou mais polêmica entre os especialistas foi o C19 de adequação da oferta à necessidade dos serviços de alta e média complexidade, descrito com base na portaria SAS/MS nº587/2004 nos seguintes termos: *“Relação de uma unidade de saúde auditiva para 1,5 milhão de habitantes com todos procedimentos de diagnóstico da deficiência auditiva, protetização e terapia”*. A discussão foi em torno do parâmetro apresentado na portaria, que aparentemente é arbitrário, não está fundamentado em dados epidemiológicos ou séries históricas de procedimentos, além de não se adequar a realidade de grandes Estados, pois segundo os especialistas, muitos usuários têm dificuldade no acesso aos procedimentos de média e alta complexidade. Segundo relato dos especialistas:

“não temos estudos epidemiológicos que sugerem um SASA (Serviços de Atenção à Saúde Auditiva) a cada 1,5 milhão de habitantes. Na prática sabemos que este parâmetro é

insuficiente, principalmente quanto a procedimentos de média complexidade”. (especialista “e”)

Partindo do princípio de que cada estado ou região de saúde pode ter uma especificidade, o critério foi modificado para o seguinte formato: “*Distribuição de serviços de média e alta complexidade de acordo com estudos epidemiológicos, série histórica de atendimentos conforme região dos usuários e PDR*”, visando contemplar essa dimensão de análise.

### **3.3 Consensos e Dissensos no triângulo de governo**

Os critérios para a análise do contexto político foram fundamentados à luz do triângulo de governo de Matus (1996). Os critérios C21, C22, C25, C26 e C27 se destacaram por apresentar alto grau de importância e consenso nesse nível. Entretanto, observou-se que os especialistas levantaram questionamentos em relação ao conteúdo dos mesmos, afirmando que são critérios frágeis ou subjetivos. Os critérios foram modificados de acordo com a sugestão dos especialistas e o propósito inicial dos critérios que era o de favorecer a criação de categorias analíticas mais amplas, passou a ser voltado mais para o contexto das práticas fonoaudiológicas na saúde coletiva de forma mais concreta. Sabe-se também que a utilização do triângulo de governo não é comum aos estudos na área da fonoaudiologia, observando-se que são critérios com maior aproximação do campo da saúde coletiva do espaço disciplinar do planejamento em saúde e sua interface com a política de saúde. Portanto, área distante da prática profissional ou acadêmica de muitos desses especialistas.

Dois critérios foram excluídos, um deles, o C19 propõe analisar se a saúde auditiva é prioridade para o governo, o qual obteve um escore de exclusão (0) por um dos especialistas que propõe a articulação da gestão estadual com os municípios em seu lugar. O segundo critério excluído nesse nível foi o C23 sobre a base de apoio político parlamentar, o qual poderia analisar a relação do fenômeno das pessoas com deficiência na política parlamentar e o fortalecimento das políticas de saúde para esse seguimento da população.

Uma das sugestões muito enfatizadas foi a de participação de fonoaudiólogos na equipe técnica da gestão, não bastando apenas uma

formação em saúde coletiva, foi suscitada uma atuação regular do profissional fonoaudiólogo:

“Acho de fundamental importância a presença do profissional fonoaudiólogo no grupo de gestão”. (Especialista “a”)

“Reforçar que deve haver fonoaudiólogo nesta equipe”.  
(Especialista “b”)

“Importante ampliar o foco para além da técnica audiológica. No entanto, as formações são bastante diferenciadas e não excludentes. Rever propósito do critério”. (Especialista “c”)

Assim o critério foi formulado da seguinte maneira: “Existe algum grupo técnico designado para gerir a atenção à saúde auditiva com a participação de fonoaudiólogo”, com um segundo critério complementando a capacidade de governo com o propósito de analisar se a equipe tem formação em saúde coletiva.

Em meio ao desenvolvimento desse estudo científico, o Ministério da Saúde redefine a Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, instituindo a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência mediante a portaria SAS/MS 793 de 24 de Abril de 2012. Apesar de se apresentar elementos novos como a extinção da modalidade de serviços de média e alta complexidade para a atenção à saúde auditiva, passando a ser apenas serviço de reabilitação auditiva e algumas mudanças nas formas de financiamento, o essencial da proposta anterior foi mantido, como a previsão de ações da atenção básica à atenção especializada, a organização dos fluxos por linhas de cuidado, a estrutura física dos serviços dentre outras, portanto, apesar de extinguir a rede estadual de saúde auditiva e propor a rede de cuidados à pessoa com deficiência com a linha de cuidado para a pessoa com deficiência auditiva, a imagem-objetivo proposta nesse estudo não apresenta grandes divergências aos novos parâmetros. Além disso, sabe-se que a imagem-objetivo de uma política não é estanque, muito pelo contrário, é dinâmica e pode sofrer modificações mediante o contexto em que se insere (BRASIL, 2012).

Os estudos em avaliação, mesmo que possibilitem emitir um julgamento de valor válido, através de metodologias complexas e rebuscadas, nem sempre permitem saber exatamente o que se está avaliando. A modelização da intervenção é de extrema relevância para a formulação de uma coerente pergunta de pesquisa em avaliação, de modo a contribuir com a produção do conhecimento e/ou com a tomada de decisões (CHAMPAGNE, BROUSSELLE,

HARTZ, CONTRANDIOPOULOS E DENIS, 2011). Esse trabalho permite reconhecer a PNASa para além de uma intervenção “caixa-preta” e que o fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde para a deficiência auditiva ultrapassa os limites da relação profissional-usuário, bem como do cardápio de procedimentos que o mesmo tem a disposição, trata-se intervenção complexa e dinâmica que transcorre diferentes níveis do sistema de saúde.

O estudo de Souza, Vieira-da-Silva e Hartz (2005) propõe a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil a partir de uma conferência de consenso de especialistas. Por se tratar de uma temática diretamente associada ao desenvolvimento da saúde coletiva no Brasil e contemplando um conjunto de práticas de saúde antecedentes ao próprio SUS, o trabalho se propõe a realizar uma análise mais ampla, priorizando a dimensão do contexto político, a qual obteve mais critérios que as demais dimensões (gerencial, assistencial e da efetividade das práticas). No caso da imagem-objetivo da PNASa, observou-se que as dimensões com caráter mais normativo obtiveram mais critérios e maior consenso. Entretanto, a implementação de uma política pública de tamanha abrangência e complexidade não depende apenas de atributos técnico-assistenciais, envolve também, necessariamente, componentes ideológicos e a incorporação de saberes ligados à planificação, gestão e organização de serviços de saúde, os quais tem sido amplamente impulsionados pelo campo da saúde coletiva.

Para Paim & Vieira-da-Silva (2006), diante da interação entre saúde e estrutura social nas suas instâncias econômicas, políticas e ideológicas, os estudos avaliativos não podem deixar de investigar a historicidade da organização social em que se inserem, portanto destaca a importância do aporte de referenciais teóricos que articulem a ideologia, prática científica e política.

Outros estudos avaliativos têm avançado na modelização de intervenções, articulando diferentes dimensões de análise, como o contexto da intervenção, a gestão, organização e características das práticas (CHAVES e colaboradores 2011; ALVES e colaboradores 2010; NAGAHAMA, 2009; VIEIRA-DA-SILVA e colaboradores 2007; CHAVES & VIEIRA-DA-SILVA 2007; CAVALCANTE e colaboradores, 2006).

Diante dessa produção se reconhece o propósito de mudança que a PNASA representa para o modelo de atenção à pessoa com deficiência auditiva, mas que, no entanto a transformação de um modelo de atenção exige estratégias sinérgicas envolvendo as dimensões da gestão, organizativa e técnico-assistenciais (TEIXEIRA, 2002). Os estudos que abordam a dimensão técnico-assistencial têm permeado bastante o meio científico na área da fonoaudiologia, apresentando importantes resultados que contribuem, em alguma medida, para a compreensão da política, assim como o planejamento, gestão e avaliação das ações, mas que também apresentam limitações para generalizar o entendimento de todo o seu escopo (ARMIGLIATO, 2010; FARIAS & RUSSO, 2010; ROSSI-BARBOSA, 2010; BEVILACQUA E colaboradores, 2009; FIALHO e colaboradores, 2009; ANGELI e colaboradores, 2009; FREITAS & COSTA, 2007; VEIGA, MERLO & MENGUE 2005).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esse estudo propôs uma imagem-objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva a partir de um esforço teórico-metodológico com a intenção de superar uma perspectiva meramente normativa na compreensão de políticas públicas de saúde, sobretudo as que visam algum seguimento específico, como é o caso da PNASA. Esta imagem-objetivo não é definitiva, representa um consenso provisório de uma situação futura desejada, que se for alcançada contemplando os critérios, dimensões e níveis propostos, irá fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde para a deficiência auditiva. Essa imagem-objetivo proposta poderá ser base para estudos de avaliação de implantação em todo o território nacional, como ferramenta de gestão.

Espera-se que esse construto possa contribuir para um entendimento mais amplo e ao mesmo tempo concreto dessa política, sem perder de vista sua consonância com a lógica do Sistema Único de Saúde. Assim, podem se beneficiar dessa produção, tanto o campo científico no desenvolvimento de pesquisas avaliativas, quanto o campo burocrático no processo de formulação e implementação da PNASA.

## 5. REFERÊNCIAS

ALVES, CKA et al. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, 10 (Supl. 1): S145-S156 nov. 2010.

ANGELI RD, ET al. Effectiveness of a Program of Auditory Prothetization in Elders Through the Application of HHIE-S Questionnaire. Intl. Arch. Otorhinolaryngol. 2009;13(3):277-80.

ARMIGLIATO, M.E. et al. Avaliação de serviços de saúde auditiva sob a perspectiva do usuário: proposta de instrumento. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2010;15(1):32-9

BÉRIA, JU. et al. Hearing impairment and socioeconomic factors: a population-based survey of an urban locality in southern Brazil. Rev Panam Salud Publica. 2007; 21(6):381-387

BEVILACQUA, MC et al. A avaliação de serviços em Audiologia: concepções e perspectivas. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2009;14(3):421-6

BOTELHO, FA. et al. Prevalência de alterações auditivas em crianças de risco. Braz J Otorhinolaryngol. 2010;76(6):739-44.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico - Características gerais da população, Brasília. DF, 2010. Disponível em <http://censo2010.ibge.gov.br> Acesso em: 20 de outubro de 2012.

BRASIL(a), Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em: [dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-2073.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-2073.htm). Acesso em: 23 Abril de 2011.

BRASIL(b), Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. PORTARIA SAS/MS Nº 587 07 de outubro de 2004. Disponível em [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-auditiva/Portaria\\_587.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-auditiva/Portaria_587.pdf) Acesso em 08 de Setembro de 2011.

BRASIL(c), Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. PORTARIA SAS/MS Nº 589 08 de outubro de 2004. Disponível em [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-) Acesso em 08 de Setembro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, Republicada em 04 de Março de 2008. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>. Acesso em 18 de janeiro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. PORTARIA SAS/MS Nº 793 de 24 de Abril de 2012. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30077&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30077&janela=1). Acesso em 18 de janeiro de 2013.

CAMPOS, GW & DOMITTI, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007

CASSIOLATO, M. GUERESI, S. Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Instituto de Economia e Pesquisa Aplicada (IPEA). 2010. 35p.

CECÍLIO LCO, MERHY EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2003. p.197-210.

CHAMPAGNE F, BROUSSELLE, A; HARTZ, Z; CONTANDRIOPOULOS, AP ; DENIS, JL. Análise da Implantação. In: BROUSSELLE, A; CHAMPAGNE F HARTZ, Z; CONTANDRIOPOULOS, AP ; DENIS, JL. Avaliação: Conceitos e Métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p217 – 238.

CHAMPAGNE F, BROUSSELLE, A; HARTZ, Z; CONTANDRIOPOULOS, AP ; DENIS, JL. Modelizar intervenções. In: BROUSSELLE, A; CHAMPAGNE F HARTZ, Z; CONTANDRIOPOULOS, AP ; DENIS, JL. Avaliação: Conceitos e Métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p61 – 74.

CHAVES, SCL; VIEIRA-DA-SILVA, LM. A atenção à Saúde Bucal e a descentralização da Saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares na Bahia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(5):1119-1131, mai, 2007

CHAVES, SCL et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(1):143-154, jan, 2011

CRUZ, M.S. et al. Prevalência de deficiência auditiva referida e causas atribuídas: um estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(5):1123-1131, mai, 2009.

FARIAS, RB; RUSSO, IP. Saúde auditiva: estudo do grau de satisfação de usuários de aparelho de amplificação sonora individual. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2010;15(1):26-31

FIALHO et al. Percepção de idosos sobre o uso de aasi concedido pelo sistema único de saúde. Rev. CEFAC. 2009 Abr-Jun; 11(2):338-344.

FREITAS, CD; COSTA MJ. Processo de adaptação de próteses auditivas em usuários atendidos em uma instituição pública federal - parte I: resultados e

implicações com o uso da amplificação. Rev Bras Otorrinolaringol 2007;73(6):744-51.

JONES J, HUNTER D. Using the Delphi and nominal group technique in health services research. In: Pope C, Mays N, editors. Qualitative research in health care. London: BMJ Books; 2000. p. 40-9.

MEDINA, MG et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais In: Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e Sistemas de Saúde. 2005, pp 41-64.

MATUS, C. Política, Planejamento e Governo. Brasília, IPEA. 2 edição, 1996

MIRANDA, G.M.D et al. Diagnóstico da deficiência auditiva em Pernambuco: oferta de serviços de média complexidade – 2003. Rev Bras Otorrinolaringol 2006;72(4):581-6.

NAGAHAMA, EEI. Avaliação da implantação de serviços de saúde reprodutiva no Município de Maringá, Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.25 supl.2 Rio de Janeiro 2009.

OPS-CPPS. Formulación de Políticas de Salud. Santiago: CEPAL/ILPES, 1975.

PAIM, JS. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. Rev. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2001 Agosto (9):143-146.

PAIM, JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In ROUQUAYROL, MZ & ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro, MEDSI, 2003 6ed. P. 567-71.

PAIM JS, VIEIRA-DA-SILVA LM. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: PINHEIRO R, MATTOS RA, organizadores. Gestão em redes práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ/Abrasco; 2006. p 91-111.

PAIM, JS. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet. London, p.11-31, maio. 2011a. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>

PAIM, JS. SUS: Desafios e Perspectivas. Consensus Rev. Do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2011b ano 1 Jul-Set (1) 1 – 6.

PUPO, AC; BALIEIRO, CR; FIGUEIREDO, Renata de Souza Lima. Estudo retrospectivo de crianças e jovens com deficiência auditiva: caracterização das etiologias e quadro audiológico. Rev CEFAC, São Paulo, v.10, n.1, 84-91, jan-mar, 2008.

ROSSI-BARBOSA et al. Processo de construção de indicadores em saúde auditiva. Rev CEFAC. 2010

SOUZA LEPF, SILVA LMV, HARTZ ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ ZMA, VIEIRA-DA-SILVA LM. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz; 2005. p. 65-102

TEIXEIRA, Cleide F. Estudo avaliativo da política de atenção à saúde auditiva: estudo de caso em Pernambuco/ Cleide Fernandes Teixeira. — Recife: C. F. Teixeira, 2007. 159 f.: il. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

TEIXEIRA, Carmem F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):153-162, 2002

VEIGA LR; MERLO ARC; MENGUE Sotero S. Satisfação com a prótese auditiva na vida diária em usuários do sistema de saúde do Exército. Rev Bras Otorrinolaringol. 2005;71(1):67-73.

**ARTIGO 02**

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE  
ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA: um estudo de caso**

PEIXOTO, Marcus Valerius da Silva. Análise da Implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: um estudo de caso. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) Instituto de Saúde Coletiva – UFBA.

## RESUMO

As diretrizes da atenção à saúde auditiva no Brasil foram definidas apenas no ano de 2004 pela Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA). A produção científica na área possui estudos ligados à avaliação dos resultados dos serviços de saúde auditiva, relacionados principalmente à percepção subjetiva dos usuários sobre a política implementada, como a satisfação e aceitabilidade. Este trabalho teve como objetivo analisar a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva no âmbito estadual. Trata-se de uma pesquisa avaliativa delineada em um estudo de caso único. Foi proposta uma “imagem-objetivo” da PNASA a partir de um modelo lógico e sua respectiva matriz de critérios/padrões que foi validada por especialistas, através da técnica de consenso “Delphi”. A imagem-objetivo da PNASA foi utilizada como uma referência para a análise da implantação dos níveis da gestão, organização e contexto político da PNASA. A produção de dados empíricos foi realizada por meio de análise documental do plano estadual de saúde e relatórios de gestão, bem como entrevistas semi-estruturadas com gestores e gerentes da rede de atenção à saúde auditiva de uma unidade federativa. Os resultados evidenciaram que o nível das características de governo foi considerado com implantação incipiente, mas foi o nível que obteve maior pontuação, correspondente a 45% da pontuação máxima proposta, a *gestão* também foi incipiente com 41% da pontuação máxima e o nível da *organização do sistema* foi também incipiente com 33%. A PNASA, no Estado analisado obteve um escore de 41,5% da pontuação máxima proposta. Este estudo revelou que a PNASA está implantada de forma incipiente no âmbito estadual, identificando obstáculos no âmbito da gestão, organização do sistema e nas características de governo. Este também propôs modelo avaliativo que poderá ser utilizado com pequenas adaptações para monitoramento da implantação da atual política para a atenção à pessoa com deficiência auditiva.

**Palavras chave:** Política de Saúde; Avaliação em saúde; Serviços de Saúde; Audiologia.

## ABSTRACT

PEIXOTO, Marcus Valerius da Silva. Analysis of the Implementation of the National Hearing Health Care: a case study. 2013. Dissertation (Masters in Community Health) Institute of Saud

Guidelines for hearing care in Brazil were defined only in 2004 by the National Policy on Hearing Health Care (NEHAP). The scientific production in the area has related studies evaluating the results of hearing healthcare services, especially related to the subjective perception of users about the policy implemented, such as satisfaction and acceptability. This study aimed at analyzing the implementation of the National Hearing Health Care at the state level. It is an evaluative research outlined in a single case study. We proposed an objective-image NEHAPs from a logical model and its corresponding array of criteria / standards that were validated by experts using the consensus "Delphi". The goal of objective-image NEHAPs was used as a reference for analyzing the deployment levels of management, organization and political context of NEHAPs. The production of empirical data was conducted through document analysis of state health plan and management reports, as well as semi-structured interviews with managers and network managers of hearing care centers of a federal unit. The results showed that the level of government was considered as an incipient deployment, but it was the level with the highest score, corresponding to 45% of its score proposal, management was also emerging with 41% of its score and the level of organizing the system to incipient was also 33%. The NEHAP analyzed the state can be considered incipiently implanted with a score of 41.5% of the proposed maximum score. This study revealed that the implanted NEHAPs is incipiently statewide, identifying obstacles in the management, organization and characteristics of the system of government. This also proposed an evaluation model that can be used with minor adaptations for monitoring the implementation of the current policy to the attention of people with hearing impairment.

Keywords: Health Policy, Health Assessment, Health Services; Audiology.

## 1. INTRODUÇÃO

A deficiência auditiva, que é caracterizada por uma dificuldade na percepção dos sons, quando não identificada e sem uma intervenção no seu curso, pode comprometer o desenvolvimento da linguagem, fala, habilidades cognitivas e comportamental dos indivíduos, resultando em dificuldades escolares e comprometendo seu desempenho na vida adulta. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de metade dos problemas relacionados a audição podem ser evitados mediante as ações realizadas na atenção primária com prevenção e detecção precoce, bem como, ter seus danos minimizados com as possibilidades de tratamento e reabilitação (WHO, 2010).

No Brasil, a atenção às pessoas com deficiência surgiu com caráter de atendimento elementar nas áreas de educação e de saúde, desenvolvidas predominantemente em instituições filantrópicas com caráter apenas assistencial e com ações conduzidas à margem do Estado. Essas instituições foram pioneiras e majoritárias nas áreas da assistência social, da educação e da atenção à saúde para as pessoas com deficiências (PESSOTI, 1984).

O advento do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do movimento da reforma sanitária brasileira e apoiado na assertiva constitucional de que *“a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”*, teve uma grande relevância para a formulação de políticas de saúde enquanto direito, visando atender grupos populacionais específicos. No entanto, não resultou imediatamente em medidas específicas para aprimorar o acesso e a atenção integral para a pessoa com deficiência. As ações de saúde auditiva observaram uma lenta evolução no arcabouço legislativo e institucional no âmbito do SUS por meio de portarias que abordam em geral a preocupação com as deficiências instaladas, orientando apenas as formas de financiamento de procedimentos diagnósticos e concessão de próteses (PEREIRA, LIMA & PINTO, 2011).

Diante das políticas de saúde focalizadas e fragmentadas para as pessoas com deficiência, explicitadas minimamente pelo Estado por meio de portarias regulatórias, favorecendo o cuidado centrado apenas no indivíduo, incoerentes com os princípios do SUS, abre-se o espaço para a discussão de uma política de saúde que venha a suprir as necessidades desse grupo

populacional. Assim, em 1999, o Ministério da Saúde dedicou-se à elaboração da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, publicada em 2002, que contou com a participação de representantes de instituições, profissionais e de usuários vinculados à problemática. A política se caracteriza como um instrumento orientador das ações do setor saúde, voltadas para as pessoas com deficiência, e tem a finalidade de definir diretrizes e responsabilidades institucionais. Destaca-se na proposta da política, a criação de condições para prevenção dos fatores de risco para as deficiências e a reabilitação da pessoa com deficiência, considerando a capacidade funcional e desempenho humano na concepção da plena inclusão na vida social (BRASIL 2008).

Nesse sentido, a chamada Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência teve a pretensão de viabilizar a tomada das medidas necessárias ao enfrentamento de problemas de saúde e provimento da atenção adequada a este grupo populacional à luz dos direitos universais do indivíduo. A Política apresenta em suas diretrizes a *promoção da qualidade de vida, assistência integral à saúde, prevenção, ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação, organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência e a capacitação de recursos humanos*. Esta política subsidiou a formulação de ações para o enfrentamento de deficiências específicas, como é o caso da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, que foi instituída por meio da portaria GM/MS nº 2.073 de Setembro de 2004, que determina a implantação da mesma em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão, destacando “*a necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que estabeleça uma linha de cuidados integrais no manejo das principais causas da deficiência auditiva, visando minimizar os danos na população, bem como a implementação do processo de regulação, avaliação e controle da atenção à saúde auditiva*” (BRASIL, 2004a).

Para a operacionalização da PNASA, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do ministério da saúde publicou as Portarias n.º 587, de 7 de outubro de 2004, e n.º 589, de 8 de outubro de 2004, que regulamentam a organização das Redes Estaduais de Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e definem

ações na atenção básica, média complexidade e alta complexidade (BRASIL, 2004b).

No campo científico, a maior parte dos estudos de avaliação voltados para a atenção à saúde auditiva está relacionada à satisfação e aceitabilidade das práticas pelos usuários, trata-se de estudos dirigidos aos resultados das ações em saúde, mas que, no entanto, não refletem os processos pelos quais se alcançam esses resultados. (ARMIGLIATO, 2010; FARIAS & RUSSO, 2010; ROSSI-BARBOSA, 2010; BEVILACQUA E COLABORADORES, 2009; FIALHO e colaboradores, 2009; ANGELI e colaboradores, 2009; FREITAS & COSTA, 2007; VEIGA, MERLO & MENGUE 2005). Um estudo realizado por Silva (2012), descreveu e analisou a linha histórica da produção científica em saúde auditiva no Brasil no período entre 2000 e 2010 através de uma busca nas bases de dados do portal Capes, Bireme e Scielo. Segundo o autor, foram encontrados no total 21 estudos, dentre os quais, nove estão relacionados com a avaliação do serviço de saúde auditiva na perspectiva do usuário e sete desses tiveram foco na satisfação. O tema da avaliação dos serviços foi o mais recorrente.

Por outro lado, sabe-se que as estratégias para avaliação em saúde devem dialogar com o campo da análise política visando refletir a necessidade de um modelo assistencial que ultrapasse o simples atendimento à demanda espontânea centrado no cuidado individual (PAIM, 2003). Segundo Vieira-da-Silva & Formigli (1994), as práticas de saúde podem ser avaliadas em suas diversas dimensões, desde o cuidado individual ou em suas condições mais complexas de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas. Assim, o estudo sobre a implementação de ações da PNASA insere-se no conjunto de esforços dos pesquisadores no campo fonoaudiologia e da saúde coletiva em desenvolver pesquisas avaliativas que reflitam os múltiplos aspectos envolvidos nos processos de implementação de políticas, programas e serviços de saúde.

Assim, esse estudo analisou a implantação da política nacional de atenção à saúde auditiva no âmbito estadual.

## **2. Metodologia**

### **2.1 Desenho do estudo**

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo qualitativa, exploratória, delineada em um estudo de caso único. A análise de implantação se apoiou na imagem-objetivo da PNASA expressa no seu modelo teórico-lógico (figura 1) e sua matriz de critérios/medidas (Tabela 1), os quais foram construídos de acordo com o que se espera nas diretrizes e nos documentos oficiais que instituem a política, além disso, a imagem-objetivo foi consensuada por “experts” na área mediante a técnica “Delphi” (JONES & HUNTER, 2005). A matriz de critérios/medidas foi dividida por *níveis, dimensões e critérios*.

Para fins analíticos, a investigação teve como foco os níveis da *gestão, organização do sistema as características de governo* (nível do contexto político). A análise do nível do contexto político no âmbito se deu à luz do triângulo de governo proposto por Matus (1996).

### **2.2 Procedimentos e técnicas de produção de dados**

A produção dos dados foi dividida em duas etapas. Na primeira etapa foi realizada uma pesquisa documental através de consulta a documentos institucionais referentes aos anos de 2008 a 2011, sendo eles o plano estadual de saúde e relatórios anuais de gestão.

Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com informantes-chave da esfera central da secretaria estadual de saúde, responsáveis pela condução da política (secretário estadual de saúde e coordenador da área técnica da atenção a pessoa com deficiência), bem como gerentes das três das unidades de média/alta complexidade que compõem a Rede Estadual de Atenção à Saúde Auditiva. Foram realizadas 5 entrevistas, as quais foram gravadas e transcritas para a viabilização da análise.

### **2.3 Análise dos dados**

Foi utilizada a técnica de análise temática de conteúdo (MINAYO, 2006), balizada pela matriz de critérios e medidas resultante da imagem-objetivo da PNASA. As entrevistas transcritas, juntamente com os dados provenientes da apreciação documental foram processados, identificando-se os pontos de

confluência e divergência dos atores/documentos sobre as ações desenvolvidas nos níveis político, gerencial e organizativo no âmbito estadual, observando-se ainda a coerência das ações com a imagem-objetivo da PNASA.

Após o tratamento das evidências, foram atribuídos pontos (8, 6, 4 ou 2) para os critérios, de acordo com a comparação com a matriz de medidas/critérios da imagem objetivo da PNASA. O cálculo do grau de implantação foi obtido pela relação entre a pontuação observada em cada critério, dimensão ou nível e suas respectivas pontuações máximas de cada multiplicadas por 100.

$$\text{Escore final} = \frac{\text{Pontuação obtida}}{\text{Pontuação máxima}} \times 100$$

**Pontuação obtida** =  $\Sigma$  da pontuação obtida em cada critério, dimensão ou nível

**Pontuação Máxima** =  $\Sigma$  da pontuação máxima de cada critério, dimensão ou nível

A partir do escore alcançado, classificou-se o grau de implantação em quatro categorias: não implantado  $\leq 25$ ; incipiente  $> 25$  e  $\leq 50$ ; intermediário  $> 50$  e  $\leq 75$  e; avançado  $> 75$ .

A pontuação foi atribuída pelo pesquisador que conduziu o estudo e para validar com maior rigor da avaliação do grau de implantação, foi convidado um pesquisador externo para atribuir sua pontuação de acordo com as evidências colhidas e em seguida, as pontuações foram comparadas e as divergências foram discutidas até se obter um consenso.

## 2.4 Aspectos éticos

O estudo seguiu as normas do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo a resolução CNS nº 196/96 que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia com parecer nº 07/2012.

A participação dos sujeitos entrevistados foi voluntária, mediante concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II). Os autores se isentam de conflito de interesse.

## 2.5 Aspectos teórico-metodológicos da avaliação em saúde

A avaliação em saúde é consolidada em suas distintas linhas de abordagem e considerada de extrema relevância, já que viabiliza informações para produzir o avanço de das práticas de saúde por meio de julgamentos que forneçam elementos e possibilitem escolhas de estratégias, planejamento, controle técnico e social das políticas, programas e projetos de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

O conceito de avaliação que foi abordado nesse estudo foi proposto por Vieira-da-Silva (2005) que dispõe o entendimento de avaliação em saúde como a formulação de um juízo sobre práticas de saúde enquanto práticas sociais num determinado ponto do tempo. A definição de práticas de saúde enquanto prática social surge da compreensão das determinações sociais no processo saúde-doença que exigem respostas para além de aplicações instrumentais. Assim as relações existentes entre as necessidades de saúde e as práticas possuem uma ligação com o processo histórico que deve ser investigado em seus significados econômicos, políticos e ideológicos. Sobre estas práticas então, pode se dar a avaliação (VIEIRA-DA-SILVA & FORMIGLI 1994).

A avaliação pode resultar de duas diferentes perspectivas, a primeira, chamada de Avaliação Normativa, que está ligada a atividade que aplica critérios e normas para obter um julgamento de valor e a segunda é conhecida como Pesquisa Avaliativa, que consiste na formulação de uma pergunta e elaboração de um julgamento a partir de um procedimento utilizando o método científico que analisa as relações entre a intervenção, que será considerada aqui como prática de saúde, seus diferentes componentes e o contexto no qual se desenvolve, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. A mesma pode utilizar diferentes estratégias e considerar a perspectiva de diferentes atores envolvidos (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

A avaliação pode incidir em diferentes níveis das práticas de saúde, ou seja, podem ser sobre as **ações** desenvolvidas pelos agentes individualmente; **serviços**, que compreende a organização e articulação das ações direcionadas para determinados problemas de saúde; **estabelecimentos** que corresponde unidades sanitárias e de saúde em seus distintos níveis de complexidade; e, do **sistema de saúde**, abrangendo a organização de todos os níveis anteriores no sentido de articular as tecnologias utilizadas no cuidado em saúde, seja um

sistema municipal, estadual ou nacional (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Portanto, torna-se importante a seleção desses níveis para a definição do foco e métodos para o processo avaliativo das políticas, programas e projetos. Para fins de execução desse trabalho, verifica-se a necessidade de compreender a organização da rede de estabelecimentos de saúde auditiva, suas tecnologias e processos de trabalho, assim sendo propõe-se a análise no nível do sistema de saúde local em uma primeira aproximação com a política que será o objeto avaliado.

Para fins analíticos, os diferentes níveis do processo avaliativo podem ser estudados através da seleção de atributos ou características, que segundo Vieira-da-Silva e Formigli (1994), podem ser agrupados da seguinte forma: “a) *relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade)*; b) *relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto)*; c) *relacionados com os custos das ações (eficiência)*; d) *relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica)*; e) *relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade)*” (VIEIRA-DA-SILVA & FORMIGLI 1997 p. 81).

Acrescenta-se a esse conjunto, as características relacionadas com o processo de implantação das ações, destacando-se a *avaliação do grau de implantação e (ou) avaliação de processo* e também a *análise de implantação* que tratam de estudar as relações entre o grau de implantação e o contexto. Esse tipo de atributo ganha relevância no meio científico na medida em que aponta para a possibilidade do uso de uma ferramenta metodológica que contribui para a explicação da implementação ou não das políticas, programas e projetos por meio da análise do processo em que os mesmos ocorrem. Constitui-se uma alternativa para as avaliações focadas apenas nos resultados das ações que generalizam as explicações que por vezes não podem ser atribuídas de fato ao problema investigado (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

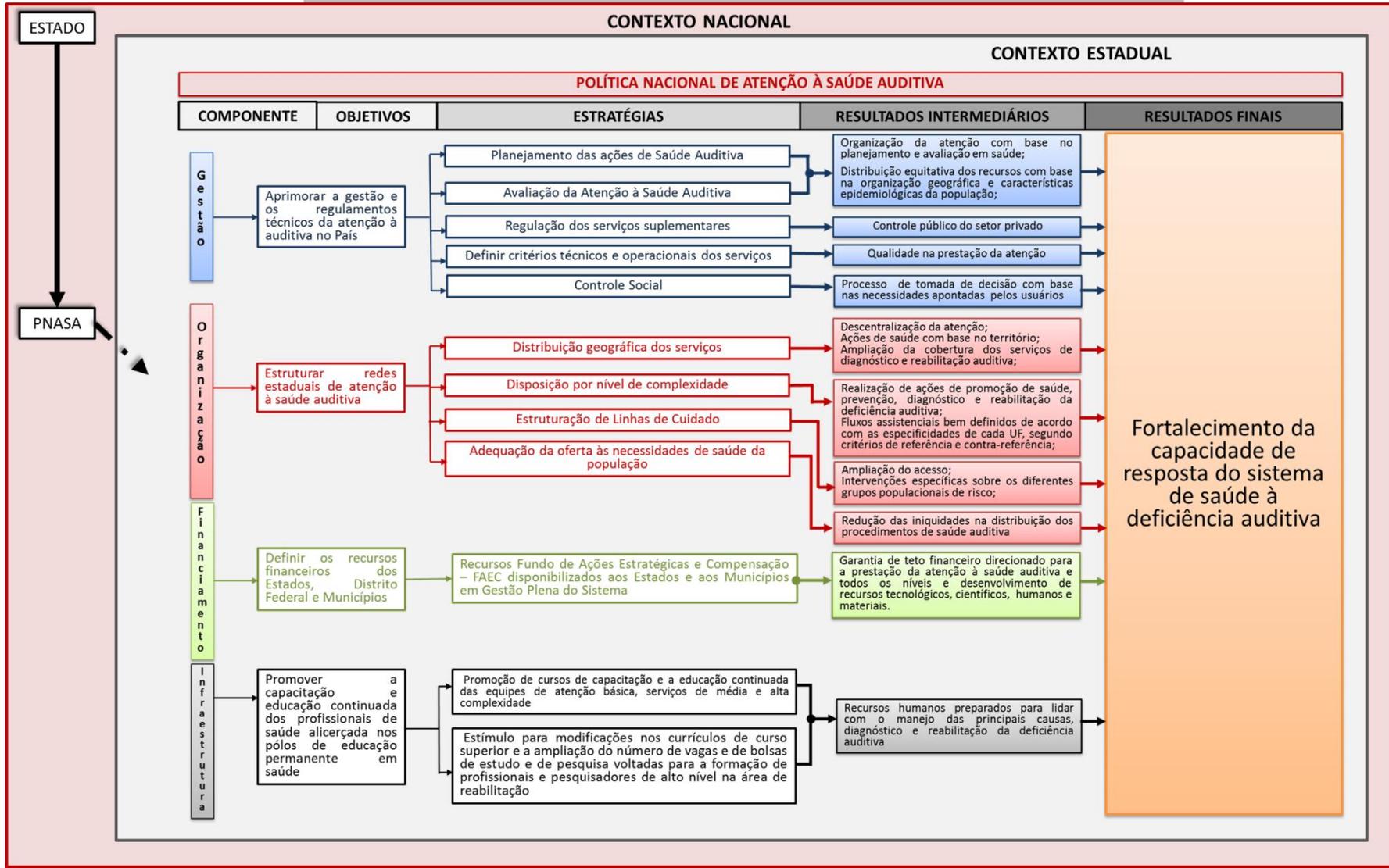
Segundo Champagne, Brousselle, Hartz, Contrandiopoulos e Denis (2011), os estudos de análise de implantação têm por objetivo delimitar melhor os fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção e possuem um grande potencial de generalização dentre as pesquisas

avaliativas. De acordo com a tipologia de análise de implantação que os autores descrevem, este estudo pode ser classificado como análise do tipo 1b, a qual se propõe a compreender o grau de implementação a partir de uma lista de etapas para se obter uma adequada intervenção, como uma descrição dos componentes da intervenção, um conhecimento das práticas necessárias à sua implementação e uma análise das variações na implementação em função das características contextuais. Visa, portanto, explicar a diferença entre o que foi planejado e o implantado.

O estudo de caso é uma estratégia metodológica apropriada para o tipo de análise a qual se propõe esse estudo, pois pode ter um grande potencial explicativo e em profundidade na observação de um fenômeno ou situação. Ajuda a descrever e explicar de maneira global o funcionamento de uma ou várias organizações, ou ainda de um programa (CHAMPAGNE, BROUSSELLE, HARTZ, CONTRANDIOPOULOS E DENIS, 2011).

Alguns estudos têm apresentado em suas construções metodológicas, estratégias para a avaliação e análise de implantação de políticas, programas e projetos de saúde que buscam em alguma medida, a seleção de dimensões, subdimensões e critérios relacionados aos diferentes domínios dos modelos de atenção à saúde, destacando-se as dimensões política, gerencial, assistencial e da efetividade das práticas a partir do entendimento dos modelos teórico/lógico dos programas. ( ALVES e colaboradores 2010; NAGAHAMA, 2009; VIEIRA-DA-SILVA e colaboradores 2007; CHAVES & VIEIRA-DA-SILVA 2007; CAVALCANTE e colaboradores, 2006).

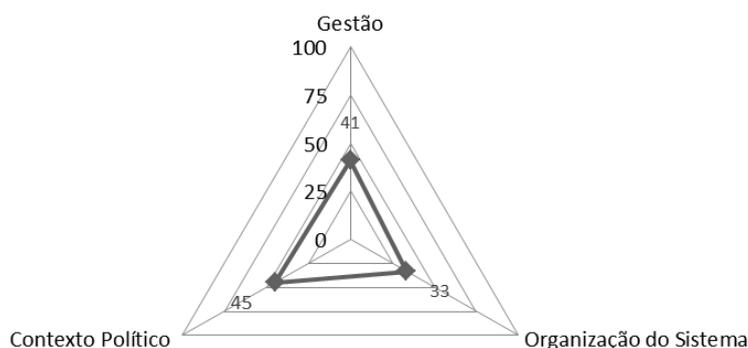
Figura 1 - MODELO TEÓRICO/LÓGICO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA



### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 19 critérios avaliados (tabela 1), 7 (37,0%) foram considerados como não implantados, 11 (58,0%) foram considerados incipientes e 1 (5,0%) foi considerado intermediário. Nenhum dos critérios obteve uma pontuação correspondente a um grau avançado de implantação. De acordo com média dos escores obtidos por nível, observa-se no gráfico 1, que as *características de governo* (contexto político) obteve maior pontuação, correspondente a 45% da sua pontuação máxima, a *gestão* obteve o segundo melhor escore, com 41% da sua pontuação máxima e o *nível da organização do sistema* obteve 33%. A razão da pontuação obtida no somatório total dos níveis em relação à pontuação máxima revela um escore de 41,5%. Considerando tanto os escores dos níveis separadamente, quanto o somatório de todos os níveis em relação à pontuação total, quando comparados com a classificação proposta no estudo, evidencia-se um grau incipiente de implantação da PNASA no âmbito estadual.

**Gráfico 1 - Classificação do grau de implantação da PNASA no âmbito estadual, segundo os níveis.**

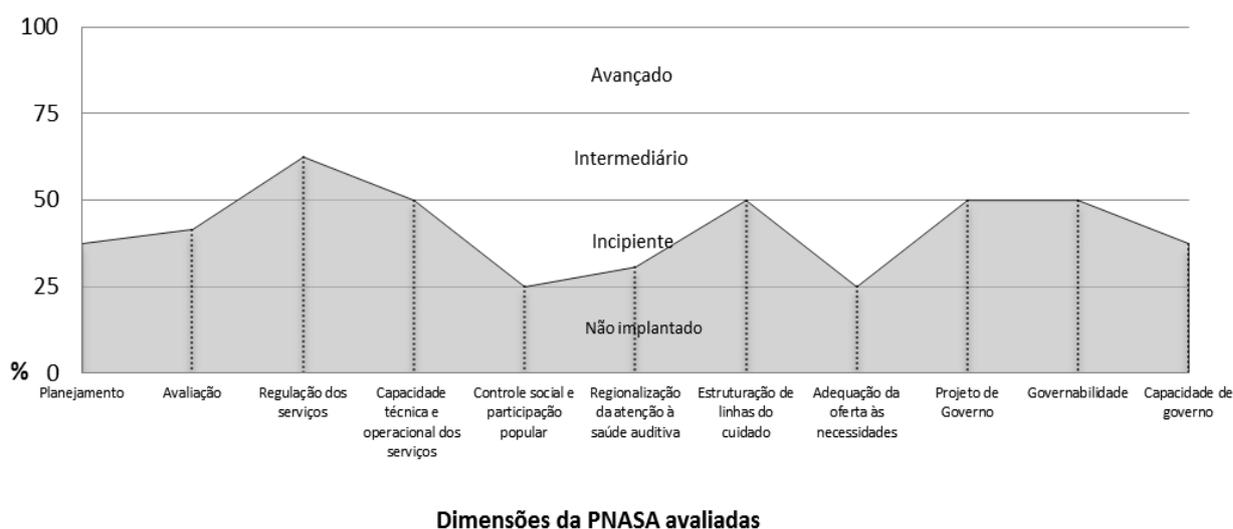


**Tabela 1 – Matriz de medidas da PNASA resultante da técnica de consenso Delphi – Análise da implantação do grau da PNASA no âmbito estadual.**

<b>Níveis/Dimensões/Critérios</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Pontuação obtida</b>	<b>% do total de pontos</b>
<b><u>Nível da Gestão</u></b>			
<b>Planejamento</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>37,5</b>
O Plano de Reabilitação Auditiva está descrito no plano estadual de saúde e se aplica como instrumento de gestão;	8	4	50
Participação dos usuários, trabalhadores, prestadores e gestores no planejamento;	8	2	25
<b>Avaliação</b>	<b>24</b>	<b>10</b>	<b>41,6</b>
Existem processos de avaliação e monitoramento da rede e dos serviços, observando-se estrutura, processos e resultados das ações;	8	4	50
Existência estudos avaliação de eficiência e qualidade sobre a rede estadual;	8	2	25
Utilização e aperfeiçoamento de sistema de informação para acompanhamento das ações para a deficiência auditiva;	8	4	50
<b>Regulação dos serviços</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>62,5</b>
Procedimentos são regulados por central de regulação pública;	8	4	50
Existência de um grupo técnico de controle e auditoria com fonoaudiólogo e com atuação regular na rede;	8	6	75
<b>Capacidade técnica e operacional dos serviços</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>50</b>
Todos os serviços de alta e média complexidade atendem os requisitos mínimos de Recursos humanos, instalações físicas e de equipamentos da portaria 587/2004;	8	4	50
<b>Controle social e participação popular</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>25</b>
Existência de algum mecanismo de gestão colegiada da saúde auditiva com participação dos usuários e trabalhadores;	8	2	25
<b><u>Nível da Organização do Sistema</u></b>			
<b>Regionalização da atenção à saúde auditiva</b>	<b>26</b>	<b>8</b>	<b>30,7</b>
Existência de fonoaudiólogos na atenção básica que realizam ações de promoção, prevenção, identificação e monitoramento dos casos;	8	2	25
A SES em conjunto com a média e alta complexidade realiza a capacitação para as ESF prevenir, identificar e monitorar os casos de deficiência auditiva;	10	4	40
Distribuição e implantação dos serviços estão baseados em dados epidemiológicos e série histórica de atendimentos das regiões de saúde;	8	2	25
<b>Estruturação de linhas do cuidado</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>50</b>
Estruturação de uma linha de cuidado para deficiência auditiva com ações previstas em todos os níveis de atenção a partir de um projeto terapêutico com classificação de risco e prioridades;	8	4	50
<b>Adequação da oferta às necessidades</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>25</b>
Disponibilidade dos procedimentos está baseada em dados epidemiológicos e série histórica de atendimentos das regiões de saúde;	8	2	25
<b><u>Nível do Contexto Político (Triângulo de governo de Matus, 1996)</u></b>			
<b>Projeto de Governo</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>50</b>
Existe proposta de ação Intersetorial dirigida às pessoas com deficiência auditiva envolvendo setores como da educação e da assistência social;	8	4	50
O Estado participa do financiamento com recursos além do ministério da saúde para propostas inovadoras;	8	4	50
<b>Governabilidade</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>50</b>
Autonomia da secretaria de saúde na condução da Política conforme as pactuações com os atores envolvidos.	8	4	50
<b>Capacidade de governo</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>37,5</b>
Existe algum grupo técnico designado para gerir a atenção à saúde auditiva com a participação de fonoaudiólogo;	8	4	50
Equipe gestora com formação/capacitação em saúde coletiva;	8	2	25
<b>TOTAL</b>	<b>154</b>	<b>64</b>	<b>41</b>

O gráfico 2 apresenta os escores obtidos em cada uma das dimensões analisadas. A *dimensão da regulação dos serviços* foi a que obteve maior escore (62,5%), a única dimensão que pode ser considerada grau intermediário de implantação. As *dimensões do controle social e adequação da oferta às necessidades* foram as que obtiveram menor escore (25%), consideradas, portanto como não implantadas.

**Gráfico 2 - Classificação do grau de implantação da PNASA no âmbito estadual, segundo as dimensões.**



No *nível da gestão*, a *dimensão do planejamento* obteve um baixo grau de implantação, considerando-se que existe uma menção à atenção à saúde auditiva no plano estadual de saúde, mas que, no entanto firma compromisso apenas com as ações de alta complexidade. O relatório anual de gestão de 2009 descreve como uma meta realizada a construção no plano estadual de atenção ao portador de deficiência. Contudo as entrevistas evidenciam que o planejamento não se aplica como um instrumento de gestão, aparentemente a política é conduzida de acordo as portarias, num caráter meramente normativo, como pode ser observado em algumas narrativas:

(...)No nosso caso, enquanto gestão, a gente faz uma parte mais de fiscalização, do monitoramento dessa rede, mas a gente também não diz como ela deveria trabalhar. Ela sabe como trabalhar seguindo a portaria (...) A gente fiscaliza que os deveres estão sendo cumpridos. Mas o nosso planejamento enquanto gestão, enquanto estado é organizar revisão, visita(...) (Gerente da área técnica).

*Quando questionado se consegue lembrar de alguma situação de planejamento: "Não. Não consigo não". (Gerente do prestador A).*

Não há planejamento, para essa pergunta não vai ter consistência, porque não tem! A gente segue a portaria! É a portaria e pronto! Nós fazemos todos os procedimentos e o SUS fiscaliza a gente aqui(...) (Gerente do prestador B).

Eu acho que ela é pouco planejada. Eu acho que as coisas, na verdade, eu acho que ela não é nada planejada. Eu acho que as coisas vão acontecendo e conforme vão indo, vão se fazendo as coisas(...) (Gerente do prestador C).

O *critério do planejamento participativo* obteve um grau de não implantado na observância de que quando ocorre algum tipo de planejamento, é uma prática operacionalizada apenas pelo corpo técnico da secretaria estadual de saúde, no âmbito burocrático, o que é possível observar quando os atores fazem os seguintes relatos:

(...)O planejamento começa pela gerência, passa para a diretoria, depois da diretoria segue para a superintendência que é a chefe imediata da diretoria. Daí disso, vai para o gabinete do secretário para assinatura, né? Aprovação(...) Está mais ligado (*o planejamento*) ao grupo técnico mesmo(...) em uma ocasião ou outra, a participação dos conselhos de saúde né? (...) (Gerente da área técnica).

(...)A gente trabalha conforme as portarias, mas temos reuniões raramente, somente quando necessário! (Gerente do prestador B).

De vez em quando chama a gente, mas usuários não! São poucos os momentos de encontro! (...) Se ela existe, eu não, eu desconheço, ta? Porque eu nunca fui convidada, vamos dizer assim, a participar, nem houve nenhuma reunião desse tipo. Então, não sei isso exista. Mas também não posso te dizer (Gerente do prestador C)

Verifica-se que tanto usuários, quanto trabalhadores e prestadores tem pouca participação nas práticas de planejamento, assim, incoerente com a imagem-objetivo da PNASA. As evidências também se aplicam para a dimensão da participação popular e controle social, visto que não foi observado nenhum espaço privilegiado para o seu exercício, conforme a política propõe.

De acordo com Paim (2006), ao realizar ações coletivas, sociais e institucionais, o planejamento é necessário para melhor realizar o trabalho e explicitar objetivos e compromissos compartilhados. O planejamento ajuda a mobilizar vontades, a identificar problemas e os meios de superá-los. Eleva a consciência sanitária das pessoas, facilitando a mobilização política dos interessados pela questão saúde e quando socializado permite que os vários

servidores das instituições realizem o seu trabalho de em função de propósitos claros e explícitos.

O planejamento é entendido por Teixeira (2010), como um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas.

Ao descrever as redes de atenção para pessoas com deficiência na Bahia, Kielmann, Silveira e Souza (2011), chamam a atenção para a necessidade do planejamento enquanto instrumento de gestão, bem como as ações de avaliação, controle, regulação e auditoria. Apesar do caráter do planejamento normativo e ainda assim, elementar, que considera apenas a visão da secretaria estadual de saúde na condução da PNASA, é importante ressaltar que no período em que foi realizado o recorte para a análise, também ocorreu um movimento institucional do ministério da saúde para fortalecer o planejamento estratégico no âmbito do SUS nas três esferas de governo, chamado de “Sistema de Planejamento do SUS – PLANEJA SUS” (BRASIL, 2009).

Certamente, a prática do planejamento compartilhada com servidores, usuários, técnicos e gestores poderia contribuir para a compreensão da situação futura desejada da política e a realização dos trabalhos em função da mesma, de modo a contribuir para a implementação da política de acordo com o que seus destinatários necessitam, firmando compromisso político com a população, além de ser uma importante ferramenta de gestão. Conforme Paim (2006), aponta: *“o Planejamento enquanto prática social é compreendido ao tempo em que é técnica, é política econômica e ideológica”*.

Na *dimensão da avaliação* da PNASA, ficou claro o seu caráter meramente fiscalizador, diferente do que se compreende conceitualmente, como propõe Vieira-da-Silva (2005) ao considerar a avaliação em saúde como a formulação de um juízo sobre práticas de saúde enquanto práticas sociais num determinado ponto do tempo, assim como o conceito de Contandriopoulos (1997 p.31), *“entendido como um julgamento de valor sobre uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes com a finalidade de contribuir no processo de tomada de decisões”*. Por intervenção entende-se *“um conjunto de meios físicos, humanos financeiros e simbólicos organizados em um contexto*

*específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática”* (CONTANDRIOPOULOS, 1997 p.31). De acordo com as narrativas, fica aparente o caráter regulador do Estado para a saúde da população, nesse caso a atenção à saúde auditiva.

(...) avaliamos a questão da infra-estrutura do local, a questão de prontuários de atendimento, a questão da avaliação do número de atendimentos tanto de consultas quanto de exames, de distribuição de próteses no caso da auditiva. Então, tudo isso é avaliado pra vê se está dentro do que se espera daquela instituição pelo recurso que ela recebe, né? (...) A gente libera recurso, mas avalia se aquele recurso está sendo bem utilizado(...) (Gerente da área técnica)

(...) O estado é um indutor, o estado é um organizador do sistema, fiscalizador do sistema, mas o realizador mesmo das políticas são os municípios(...) (Secretário estadual de saúde)

(...)Nós chamamos de médico autorizador, ele vem, olha os prontuários, se esse paciente fez exames, se recebeu o aparelhinho e se tem também o acompanhamento. Por exemplo: não é todo mundo que tem que fazer o BERA, ele olha porque é só se o médico desconfiar da audiometria e tem uma porcentagem, eles sabem o quanto de bera é esperado (...) (Gerente do prestador B)

(...) Sempre pra verificar se você está realmente fazendo aquilo que você disse que está fazendo. Se você está fazendo os exames. Mais pra. Muito mais numa coisa de punição, de procurar alguma coisa pra tentar descredenciar o serviço, do que pra fazer uma avaliação, pra saber se o serviço precisa de ajuda em alguma coisa. (Gerente do prestador C)

O relatório de gestão de 2008 relata a realização de supervisão dos serviços da rede de reabilitação e dos serviços das entidades conveniadas para atenção à pessoa com deficiência, apontando que houve a previsão de 32 supervisões com a realização de 16. O relatório de gestão de 2009 propôs a meta de 50 visitas e realizou 48. Diante da orientação da avaliação em função da perspectiva fiscalizadora e reguladora, observa-se uma busca pela avaliação da eficiência no sentido de racionalizar os recursos existentes. Não foram evidenciadas realização de avaliação da qualidade dos serviços. Esse critério obteve um escore compatível com um grau incipiente de implantação.

O levantamento dos dados para a fiscalização dos serviços se dá através de visitas e levantamentos “*in loco*”. A rede não dispõe de sistemas de informação que auxiliem no processo de avaliação e tomada de decisão, apesar de um dos serviços pertencente à administração direta ter desenvolvido um software com essa finalidade e colocar a disposição da rede estadual, de acordo com os dados colhidos foi conferindo um baixo grau de implantação.

Alguns relatos demonstram como ocorre a utilização dos sistemas de informação:

(...)Inclusive, há um software (...) Mas as outras unidades de alta complexidade não ficam sabendo ou não querem usar, mas que a gente já tem oferecido ao ministério da saúde, inclusive e a secretaria de saúde. Porque seria uma forma de você, a fazer até auto-regulação. O próprio sistema faria regulação. A gente sabe que vários casos de pacientes que recebem o aparelho aqui e recebem o aparelho nas outras unidades. (Gerente do prestador C)

A gente faz toda produção diariamente, todo profissional! Mas sistema do estado não! (Gerente do prestador B)

Conforme observado no gráfico 2, a *dimensão da regulação dos serviços* foi a que obteve maior escore, a única considerada intermediária com 62,5% da pontuação máxima. A atribuição de sua pontuação diferenciada no estado se aplica pelo fato de recorrentes narrativas que referem a presença de auditoria, não tanto pela regulação dos procedimentos, pois apesar de existir um complexo regulador, muitos usuários ainda tem acesso por demanda espontânea na alta complexidade.

Existe, o estado faz auditoria, né? Mensalmente. Até porque pra liberar a prótese auditiva. A prótese auditiva tem que ter um autorizador, nós chamamos de autorizador que a gente tem essa figura que vem fazer esse trabalho aqui pra poder fazer o procedimento. (Gerente do prestador A)

(... )Nós chamamos de médico autorizador, ele vem, olha os prontuários, se esse paciente fez exames, se recebeu o aparelhinho e se tem também o acompanhamento. (...) (Gerente do prestador B)

(...)90% dos usuários que procura o serviço é espontâneo. Ficam sabendo através de veículos de comunicação, através da gente que a gente tem um trabalho no estado todo que a gente tem núcleos. Então, a gente divulga muito esse serviço. (Gerente do prestador B)

Apesar da importância do fonoaudiólogo para realizar controle e auditoria, uma vez que a maioria dos procedimentos é de sua competência, não foi observada a presença deste profissional na realização dessa atividade.

Tendo em vista que a portaria SAS/MS 587 de outubro de 2004 descreve de forma muito detalhada a operacionalização dos serviços, foi analisado com os gerentes das unidades se estão seguindo todas as orientações dispostas no documento normativo com a finalidade de investigar *dimensão da capacidade técnica e operacional dos serviços*. Uma das

unidades relatou dificuldade na realização de procedimentos por falta de profissional médico. Por se tratar de um serviço de referência para grande parte da população do Estado, foi atribuído um grau incipiente de implantação para essa dimensão.

O *nível da organização do sistema* foi o que obteve menor escore. Ao realizar um aprofundamento da análise por cada dimensão, observa-se que a *regionalização da atenção à saúde auditiva* foi incipiente na sua implantação. A mesma é composta pelos critérios de *ações da atenção à saúde auditiva na atenção básica*, assim como a *capacitação para a atenção básica identificar e monitorar os casos* e a *distribuição dos serviços de acordo com a série histórica e dados epidemiológicos*. Segundo as narrativas dos sujeitos entrevistados, as ações na atenção básica não têm ocorrido adequadamente como pode ser observado a seguir:

(... ) Ele (o paciente) passou por uma avaliação em um PSF, por exemplo, e constatou-se que tem uma deficiência auditiva. E se um médico, se a equipe do PSF sabe desses serviços. Então, faria o encaminhamento. Hoje em dia, está falho. (Gerente da área técnica)

(... ) Hoje, está muito fraca essa articulação (...)Aqui não tem feito trabalho de prevenção efetivamente nas unidades básicas. (Gerente do prestador B)

(... ) Olhe, a nossa assistente social está sempre em contato com as prefeituras, mas com as unidades é meio difícil, elas encaminham pra gente, as vezes as próprias secretarias encaminham, mas retornar o contato é mais difícil. (Gerente do prestador C)

As ações de educação permanente e capacitações para a atenção básica prevenir, identificar e monitorar os casos de deficiência auditiva foram consideradas incipientes (50%), visto a existência de algumas ações em caráter pontual, como por exemplo, a realização do seminário “Dia da Saúde Auditiva”, assinalado no relatório anual de gestão de 2008, assim como a realização de oficinas seminários para as equipes das redes de reabilitação do Estado. Além disso, sabe-se que a capacitação em si não garante a incorporação dessas práticas no processo de trabalho na atenção básica, sendo necessários estudos específicos nesse nível de atenção.

A atenção básica à saúde, que tem a estratégia de saúde da família como espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações nesse nível,

favorece a regionalização e descentralização das ações em saúde. Apesar da PNASA propor estratégias para a promoção, prevenção, identificação precoce e acompanhamento da deficiência auditiva, ainda assim existem muitas especificidades que suscitam, em alguma medida, a presença do fonoaudiólogo no acompanhamento dessas ações. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituído em 2008 com o objetivo de ampliar a resolubilidade e o escopo de abrangência da atenção básica mediante equipes multiprofissionais que devem desenvolver ações em parceria com as equipes de saúde da família, poderia contribuir para o cuidado na lógica da clínica ampliada com o acompanhamento dos casos e suas famílias no território e favorecer a interlocução e matriciamento com a atenção especializada/reabilitação. Outra perspectiva é aquela que considera esse matriciamento como ferramenta pedagógica para as ações de educação permanente dirigidas às equipes de saúde da família visando ampliar a prevenção e identificação precoce da deficiência (CAMPOS, 2011, ROCHA e Colaboradores, 2011). Entretanto, o seguimento estritamente normativo das portarias, aparentemente, não vislumbra uma intersecção das políticas, mas sim um deslocamento da reabilitação apenas para a atenção especializada.

No tocante à distribuição e implantação dos serviços e procedimentos, observou-se que esta ocorre de acordo com aspectos de facilidade de implantação e do porte populacional. Os serviços estão lotados nas duas cidades mais populosas e sedes de macrorregiões de saúde. Os critérios não deixam de atender às portarias que instituem a política, em que se orienta a implantação de uma unidade para cada 1.500.000 (um milhão e quinhentos mil) habitantes, mas que não foram considerados na imagem-objetivo, entretanto a distribuição de serviços também não se apoia em dados epidemiológicos e séries históricas de procedimentos realizados para sua distribuição, o que pode levar a resultados observados em outros estudos, como o de Teixeira (2007), que ao realizar uma pesquisa avaliativa sobre a PNASA, verificou indícios de iniquidades no acesso da população, demonstrando desacordo com as diretrizes de descentralização das ações do programa. De acordo com os dados colhidos e a comparação com a imagem-objetivo, lhe foi atribuído um grau incipiente de implantação.

A *dimensão de linhas do cuidado* foi analisada a partir do entendimento de que esse é o mecanismo de fluxo que o usuário deve seguir desde o acesso aos serviços de saúde ao acompanhamento da deficiência auditiva. Entretanto, foi evidenciado, assim como, no critério para análise da atenção básica, que não há fluxos bem definidos nem uma linha de cuidado explicitada para a atenção à saúde auditiva. Existe um predomínio da lógica de atendimento à demanda espontânea, sobrepondo a organização por referência e contra-referência iniciado na atenção básica.

Cecílio e Merhy (2003), afirmam que as linhas do cuidado são constituídas em função do usuário e de suas necessidades de saúde e que implica dispositivos organizacionais que provoquem a necessidade permanente de diálogo e compromisso entre os cuidadores e gestores das diversas unidades de saúde, a fim de garantir uma coordenação responsável e transversal das ações de saúde, com o intuito de garantir a integralidade, a resolutividade e a eficiência da atenção.

Pereira, Lima & Pinto (2011) estabelece três hipóteses, que assinalam como interdependentes, para explicar o deslocamento da atenção à pessoa com deficiência da integralidade do cuidado para as ações apenas de reabilitação:

- “1. Tanto as ações de promoção à saúde, quanto as ações de detecção precoce e diagnóstico das deficiências estão diluídas nas ações e serviços de saúde para todo o conjunto da população. Seus indicadores e resultados encontram-se, pois, pulverizados nos protocolos já instituídos para diversos campos da atenção (criança, mulher, homem, idoso, etc.);
2. A reabilitação se torna um espaço de assistência especializada com alta densidade tecnológica e alto custo, provocando disciplinamento pelo Estado, através de normas;
3. Diante da urgência em reparar a dívida socialmente construída com a deficiência, a reabilitação, enquanto medida compensatória e reconhecida como ferramenta relevante para contribuir nessa reparação. (PEREIRA, LIMA & PINTO, 2011 pag.110)”

Segundo as autoras, a articulação das ações de promoção da saúde, prevenção, detecção precoce e diagnóstico da deficiência constitui um desafio a ser enfrentado e demonstra fragilidades da política para pessoas com deficiência. Diante do caso que está sendo estudado, as duas primeiras hipóteses podem explicar em parte essa situação.

Nas *características de governo*, analisado pelo triângulo de governo (MATUS, 1996), a análise foi sistematizada nas dimensões *projeto de governo*,

*governabilidade e capacidade de governo.* Apesar de todas as dimensões desse nível obter escores compatíveis com um grau incipiente de implantação, esse foi o nível com maior escore quando comparado com os demais.

O *projeto de governo* que tem o objetivo de revelar o propósito da equipe governante apontou para uma fragilidade da PNASA enquanto política de Estado, aparentemente ela tem uma dependência estritamente normativa das portarias e apoiada numa racionalidade da escassez somado a um caráter regulador do Estado, conforme observado no relato do secretário estadual de saúde:

(... ) E com municípios pequenos, você não tem volume pra que você crie políticas específicas pra aquela. Então, termina vamos dizer assim. Você vai criar escola num município pequeno para beneficiar surdos e mudos? Para que população? Aí, você pega municípios pequenos com dificuldades até de instrutores pra isso, que você não tem. Então, não é só querer. Você tem como fazer isso?(...) Você começa a ter dificuldades de criar políticas públicas direcionada para isso. Você imagine em cada sala de aula você ter um professor falando pra todos e ter uma pessoa ao lado só na linguagem dos surdos. É quase que. É quase não, é impossível você fazer isso. É uma dificuldade você contemplar essas pessoas. Seguramente, tem outras dificuldade aí de quem vive o dia a dia e sabe. (Secretário estadual de saúde)

Segundo os gerentes das unidades, a única perspectiva que se anuncia, é mediante uma nova portaria do ministério da saúde, publicada em 24 de abril de 2012, a qual institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência, corroborando que a implantação da PNASA no âmbito estadual possui uma orientação preponderantemente normativa e que não há um projeto de governo coerente para o processo de implantação da PNASA. Os gerentes fizeram os seguintes relatos quando questionados sobre as perspectivas para a política:

(... ) A única proposta que se tem hoje, atualmente é aguardando a implantação dessa rede, dessa nova, desse novo modelo de serviço. A única proposta é essa. Estão se trabalhando aí(...) (quando perguntado se é prioridade): Não, é não. Porque aqui no estado, a política de saúde auditiva, ela não tem uma política específica. Ela está dentro da política estadual da pessoa com deficiência, da saúde, né? Então, está incluso todo mundo... Mas está todo mundo junto. Não existe uma política determinada ainda aqui. Apenas existe as portarias que se faz os serviços de acordo com as portarias. (Gerente do prestador A)

(... ) As propostas são as portarias novas do ministério da saúde, mas fora isso não! Todo mundo sabe que no Brasil as coisas funcionam desde que tenha o serviço particular! Temos uma visão empresarial! A gestão pública é ineficiente no Brasil! O problema não são as pessoas, elas são competentes, tem a mesma competência, os profissionais tem se envolvido muito para a implementação da política, mas o problema está no modelo, o modelo não resolve! (Gerente do Prestador B)

(... ) Eu não vejo nenhuma perspectiva diferente. Eu vejo uma estagnação desde a última portaria. Na verdade, eles cumpriram tabela na última portaria. Instituíram os serviços, fizeram o que eles tinham o que fazer. Então, vão empurrando. Não vejo nenhuma política estabelecida em relação a isso. Durante algum tempo, a gente ainda teve alguma tentativa de, por exemplo, de um estabelecimento de uma rede de triagem neo natal, né?(...) é aquela história, ninguém morre por ser surdo. Então, ou é, sempre a prioridade são sempre as outras coisas que são mais, vamos dizer assim, urgentes. (Gerente do Prestador C)

No que toca a intersectorialidade, foi apontada apenas uma ação, trata-se de um convênio com um prestador que possui uma unidade móvel de avaliação auditiva que faz triagens auditivas em escolares, entretanto não foram relatadas outras atividades intersectoriais para inclusão no sistema de educação ou inclusão social, bem como da inserção no mercado de trabalho. São ações que necessitam de uma ligação com o setor saúde, uma vez que é sabida as dificuldades que a sociedade tem para incluir a pessoa com deficiência auditiva em virtude das possíveis dificuldades de comunicação. Assim, o critério da intersectorialidade obteve um grau incipiente de implantação.

Completando a *dimensão do projeto de governo*, o *critério financiamento* foi investigado no sentido de analisar se há envolvimento e participação do estado, sobretudo para outras ações para além do que a portaria propõe e conforme citado anteriormente, o convênio com a unidade móvel de avaliação auditiva recebe recursos exclusivos da secretaria estadual de saúde.

A *dimensão da governabilidade* obteve um grau incipiente de implantação. A mesma foi analisada de acordo com a autonomia da secretaria de saúde em direcionar os recursos. De acordo com as evidências colhidas com os gestores da atenção à saúde auditiva no estado, há uma grande submissão aos requisitos das portarias, inclusive o de financiamento que se dá através da produção de procedimentos, ademais há o financiamento apenas para a unidade móvel e algumas ações de capacitação. Já no que toca aos investimentos em recursos materiais e humanos não houve evidências, inclusive dois dos três prestadores de alta complexidade são terceirizados, fato que coloca o Estado em uma posição de fiscalizador, como foi observado nas *dimensões de avaliação e regulação*. Quando questionado sobre o processo de tomada de decisão, o gerente da área técnica informa que segue da área

técnica aos gestores maiores para a tomada de decisão final, conforme o relato a seguir:

(... ) A tomada de decisão ela vem da aprovação dos superiores: da diretoria, da superintendência e do secretário de saúde. Ou seja, identificamos um problema ou criamos uma solução para um melhoramento. Isso tem que passar pelos setores que são de chefes superiores, né? No caso, sai da minha gerência para a diretoria, da diretoria com o parecer para o superintendente e dele, com o parecer dele, para o secretário. Sendo aprovado, aí é executado a idéia. (Gerente da área técnica).

Por fim, *dimensão da capacidade de governo*, que revela as habilidades e experiência da equipe quanto ao conhecimento técnico e habilidade para conduzir política. A dimensão foi analisada a partir de dois critérios: *existência de grupo técnico designado para gerir a atenção à saúde auditiva com a participação de fonoaudiólogo*, e um segundo critério que diz respeito a *formação acadêmica desse grupo na área de saúde coletiva*. Em relação ao primeiro critério, foi notória a existência da área técnica para a atenção à pessoa com deficiência que tem a finalidade de acompanhar o cuidado para esse grupo populacional, entretanto não há a participação de fonoaudiólogos na equipe, fato que levou a considerar o critério com grau incipiente de implantação, dada as necessidades de especificidades da clínica fonoaudiológica, as quais poderiam contribuir bastante com a gestão e organização do sistema de modo a fornecer um suporte com maior respaldo técnico-científico na implementação da PNASA.

O segundo critério foi analisado observando-se que um política de tal amplitude depende também do saber técnico-científico da saúde coletiva. Nenhum dos técnicos da gestão possui formação na área de saúde coletiva, apesar de todos, exceto o gerente, serem servidores de carreira, o que conferiu um grau incipiente também para esse critério.

A análise das características de governo revela uma fragilidade no contexto de implantação da PNASA, com um grau incipiente de implantação, o que pode causar variações sobre outras características de um programa conforme afirmam Champagne, Brousselle, Hartz, Contrandiopoulos e Denis (2011), nesse caso, sobre as características da gestão e sobretudo na organização do sistema, pois é o nível que mais se aproxima das práticas de

saúde e certamente está mais sujeito a sofrer os reflexos dos problemas do contexto e gestão.

A categoria *Poder*, que segundo Testa (1992), tem como objetivo revelar os propósitos de *mudanças, crescimento, ou legitimação*, contribui com seu potencial explicativo para a situação do caso apresentado sobre a PNASa, observando-se que não há distribuição do poder na condução da PNASa, bem como, existe um forte deslocamento para o *poder administrativo (considerando que o autor descreve três tipologias: Poder Técnico, Poder Administrativo e Poder Político)*, evidenciado ao longo dos resultados que a tomada de decisões pouco tem a ver com as informações em saúde, produzem aparentemente poucas mudanças no que toca ao modelo de gestão, inversão do modelo de atenção centrado no cuidado individual e o restrito envolvimento dos grupos destinatários da política.

A proposta de uma política de saúde com vistas a integralidade, aponta o desafio de se criar dispositivos institucionais que facilitem os deslocamentos de poder *técnico, administrativo e político*, no sentido de alterar as tecnologias de organização da intervenção e assegurar a articulação com outros setores para assegurar políticas voltadas para a qualidade de vida (PAIM e VIEIRA-DA-SILVA, 2006).

Pereira, Lima & Pinto (2011), ao realizar um estudo de revisão de literatura aproximando o direito à saúde da pessoa com deficiência com o conceito de integralidade, faz uma análise da legislação que dirigida a esse seguimento populacional no âmbito do SUS e reconhece a importância das normativas ministeriais enquanto pilares fundamentais para a garantia da assistência à saúde num caráter multidisciplinar, porém atenta para o fato das próprias portarias realizarem um deslocamento da reabilitação em relação às demais ações relacionadas com a saúde integral. O estudo também aponta para as necessidades das diretrizes normativas ultrapassarem os limites dos espaços institucionais para provocar impacto na vida das pessoas. As portarias não devem ser o fim, mas orientar os possíveis meios para modificar dada situação de saúde.

Chamou a atenção que em 2012, foram instituídas mudanças nas políticas públicas para a pessoa com deficiência, mais especificamente no setor saúde com a publicação das portarias nº 793 de 24 de Abril de 2012 e nº

835 de 25 de Abril de 2012. Estas, curiosamente se propõem a criar uma rede de cuidados para as pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS (BRASIL, 2012).

A atual política integra todas as deficiências em apenas um marco normativo, induz a criação de grupos condutores estaduais e municipais para a gestão da rede de cuidados à pessoa com deficiência, os quais tem a atribuição de trabalhar com instrumentos de planejamento como o diagnóstico situacional, a conformação de planos e criação de indicadores de avaliação para a implementação da política. No âmbito da organização dos serviços, propõe a criação de linhas de cuidados integrais para as deficiências com ações nos três níveis de complexidade do sistema. Também se observa um financiamento não restrito apenas à produtividade dos serviços, havendo também a disponibilidade verba de custeio, bem como incentivos financeiros para a aquisição de equipamentos e ações educação permanente.

No entanto, observa-se que essencialmente não há mudanças significativas para a atenção à pessoa com deficiência auditiva conforme disposto nas portarias da PNASA além dos componentes de infra-estrutura e financiamento, pois já se propunha na o aprimoramento dos mecanismos de gestão com instrumentos de planejamento, avaliação, regulação e controle social; a inversão no modelo de atenção mediante a criação de uma linha de cuidados integrais para a deficiência auditiva em todos os níveis de atenção, mas que, porém, encontra dificuldades no seu processo de implantação, conforme evidenciado nesse estudo avaliativo, no qual se observa que as fragilidades das características de governo onde se insere o programa de atenção à saúde auditiva é coerente com as dificuldades gerenciais e da organização do sistema. Nesse sentido, verifica-se que apenas os instrumentos normativos não refletiram a implementação de uma política pública conforme os preceitos do SUS nem às necessidades de saúde da população, realidade que pode ser repetida se não for levada em consideração a importância da interação entre as práticas políticas, de gestão, organizativas e técnico-assistenciais, vislumbrando a distribuição do poder nas instituições para atender as necessidades dos destinatários da política. Nesse sentido, o presente estudo reforçou a interrelação entre as características de governo,

expressão da prática política, a gestão e as práticas nos serviços de saúde. Evidências também apontadas em estudos anteriores de análise de implementação de políticas de saúde no Brasil (VIEIRA-DA-SILVA e colaboradores 2007; CHAVES & VIEIRA-DA-SILVA 2007).

Nesse sentido, conforme Paim e Vieira-da-Silva (2006), compreende-se que os desafios da avaliação de sistemas de saúde não se limitam a opções metodológicas, resultam de múltiplos olhares teoricamente orientados. Os autores ainda sugerem que os métodos da avaliação sejam coerentes com os *propósitos* de crescimento, mudança e/ou legitimação (considerando o postulado da coerência – TESTA, 1992) do sistema de saúde iniversal e integral

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo revelou que a PNASA está implantada de forma incipiente no âmbito estadual, identificando obstáculos no âmbito da gestão, organização do sistema e nas características de governo. Este também propôs modelo avaliativo que poderá ser utilizado com pequenas adaptações para monitoramento da implantação da atual política. Fica entendido que estudos como este, que avaliaram a PNASA, contribuem com elementos e reflexões para além da implantação de serviços, redes ou com simplesmente o fortalecimento da burocracia profissional, deve, sobretudo, alinhar-se aos desafios da implementação do SUS na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira.

## 5. REFERÊNCIAS

ALVES, CKA et al. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, 10 (Supl. 1): S145-S156 nov. 2010.

ANGELI RD, ET al. Effectiveness of a Program of Auditory Prothetization in Elders Through the Application of HHIE-S Questionnaire. Intl. Arch. Otorhinolaryngol. 2009;13(3):277-80.

ARMIGLIATO, ME. et al. Avaliação de serviços de saúde auditiva sob a perspectiva do usuário: proposta de instrumento. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2010;15(1):32-9

BEVILACQUA, MC et al. A avaliação de serviços em Audiologia: concepções e perspectivas. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2009;14(3):421-6

BRASIL(a), Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em: [dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-2073.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-2073.htm). Acesso em: 23 Abril de 2011.

BRASIL(b), Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. PORTARIA SAS/MS Nº 587 07 de outubro de 2004. Disponível em [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-auditiva/Portaria\\_587.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-auditiva/Portaria_587.pdf) Acesso em 08 de Setembro de 2011.

BRASIL(c), Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. PORTARIA SAS/MS Nº 589 08 de outubro de 2004. Disponível em [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao)- Acesso em 08 de Setembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. atual.– Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, Republicada em 04 de Março de 2008. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>. Acesso em 18 de janeiro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. PORTARIA SAS/MS Nº 793 de 24 de Abril de 2012. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30077&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30077&janela=1). Acesso em 18 de janeiro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. PORTARIA SAS/MS Nº 835 de 25 de Abril de 2012. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30077&janela](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30077&janela). Acesso em 18 de janeiro de 2013.

CAMPOS, GW & DOMITTI, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007

CUNHA GT; CAMPOS GW. Apoio matricial e atenção primária à saúde Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2003. p.197-210.

CHAMPAGNE F, BROUSSELLE, A; HARTZ, Z; CONTANDRIOPOULOS, AP ; DENIS, JL. Análise da Implantação. In: BROUSSELLE, A; CHAMPAGNE F HARTZ, Z; CONTANDRIOPOULOS, AP ; DENIS, JL. Avaliação: Conceitos e Métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p217 – 238.

CAVALCANTE et al Implantação das áreas estratégicas da atenção básica em município do Nordeste Brasileiro Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 6 (4): 437-445, out. / dez., 2006

CHAVES, SCL; VIEIRA-DA-SILVA, LM. A atenção à Saúde Bucal e a descentralização da Saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares na Bahia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(5):1119-1131, mai, 2007

CONTANDRIOPOULOS AP (1997). A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz Z, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

FARIAS RB; RUSSO IP. Saúde auditiva: estudo do grau de satisfação de usuários de aparelho de amplificação sonora individual. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2010;15(1):26-31

FIALHO et al. Percepção de idosos sobre o uso de aasi concedido pelo sistema único de saúde. Rev. CEFAC. 2009 Abr-Jun; 11(2):338-344.

FREITAS CD; COSTA MJ. Processo de adaptação de próteses auditivas em usuários atendidos em uma instituição pública federal - parte I: resultados e

implicações com o uso da amplificação. Rev Bras Otorrinolaringol 2007;73(6):744-51.

JONES J, HUNTER D. Using the Delphi and nominal group technique in health services research. In: Pope C, Mays N, editors. Qualitative research in health care. London: BMJ Books; 2000. p. 40-9.

MATUS C. Política, Planejamento e Governo. Brasília, IPEA. 2 edição, 1996

MINAYO, Maria Cecília S. O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2006, 406p.

NAGAHAMA, EEI. Avaliação da implantação de serviços de saúde reprodutiva no Município de Maringá, Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.25 supl.2 Rio de Janeiro 2009.

PAIM JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In ROUQUAYROL, MZ & ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro, MEDSI, 2003 6ed. P. 567-71.

PAIM JS. *Planejamento em saúde para não especialistas*. In: CAMPOS, GWS; MINAYO, MCS; AKERMAN, MDJ; JÚNIOR, M; Carvalho, YM. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec;Fiocruz, 2006. p.767-782.

PAIM JS, VIEIRA-DA-SILVA LM. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: PINHEIRO R, MATTOS RA, organizadores. Gestão em redes práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ/Abrasco; 2006. p 91-111.

PESSOTI, Isaías. Deficiência mental: da superstição à ciência. São Paulo: T.A. Queiroz, 1984.

KIELMANN S; SILVEIRA LM; e SOUZA LFA. As redes de reabilitação da pessoa com deficiência na Bahia: Construindo políticas públicas. In: LIMA IMSO; PINTO ICM; PEREIRA SO (organizadoras). Política públicas e pessoa com deficiência: Dieritos humanos, família e saúde. Salvador: EDUFBA, 2011. p 155 - 178.

PEREIRA SO; LIMA IMSO; PINTO ICM. Integralidade como eixo de atenção à saúde da pessoa com deficiência. In: LIMA IMSO; PINTO ICM; PEREIRA SO (organizadoras). Política públicas e pessoa com deficiência: Dieritos humanos, família e saúde. Salvador: EDUFBA, 2011. p93 - 114.

ROCHA EF e colaboradores. Acesso e acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços de saúde no SUS. In: LIMA IMSO; PINTO ICM; PEREIRA SO (organizadoras). Política públicas e pessoa com deficiência: Dieritos humanos, família e saúde. Salvador: EDUFBA, 2011. p93 - 114.

ROSSI-BARBOSA et al. Processo de construção de indicadores em saúde auditiva. Rev CEFAC. 2010

SILVA et al. Produção científica em saúde auditiva no brasil: análise do período de 2000 a 2010. Rev CEFAC. 2010

TEIXEIRA, Cleide F. Estudo avaliativo da política de atenção à saúde auditiva: estudo de caso em Pernambuco/ Cleide Fernandes Teixeira. — Recife: C. F. Teixeira, 2007. 159 f.: il. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

TEIXEIRA, CF. Planejamento em saúde : conceitos, métodos e experiências. Carmen Fontes Teixeira(organizadora). - Salvador : EDUFBA, 2010. 161 p.

TESTA M. Pensar em saúde. Porto Alegre, Artes Médicas/Abrasco., 1992.

VEIGA LR; MERLO ARC; MENGUE SS. Satisfação com a prótese auditiva na vida diária em usuários do sistema de saúde do Exército. Rev Bras Otorrinolaringol. 2005;71(1):67-73.

VIEIRA-DA-SILVA, LM. FORMIGLI, VLA. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (1): 80-91, jan/mar, 1994

VIEIRA-DA-SILVA, LM. *Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde*. In: Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e Sistemas de Saúde. 2005, pp 15-40.

VIEIRA-DA-SILVA, LM. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):355-370, fev, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Deafness and hearing impairment, Fact sheet N°300. 2010 Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets>. Acesso em: 06 de Outubro de 2010

## ANEXOS

## **Anexo I - Convite para o consenso da imagem-objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva**

Mestrando: Marcus Valerius da Silva Peixoto  
Orientadora: Dra. Sônia Cristina Lima Chaves

Prezado(a) Sr(a):

Tenho a satisfação de lhe convidar para participar na qualidade de “*expert*”, no que se refere ao processo de implementação de políticas públicas, como é o caso da PNASA, dessa pesquisa intitulada “Análise da Implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: um estudo de caso”, a qual tem como objetivo avaliar o grau de implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) no âmbito estadual. Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo qualitativa e exploratória.

Como procedimento para a viabilização desse estudo foi realizado um levantamento de informações por meio de análise documental sobre a organização da atenção à saúde auditiva no que toca a gestão e organização do sistema (Modelo de atenção). Assim está sendo proposto um consenso dos critérios/padrões para compor a “imagem-objetivo” (situação desejada) da PNASA para que na sequência seja realizada a avaliação do grau de implantação da política.

A técnica de consenso a qual os Srs(as) estão sendo convidados(as) a participar é conhecida como método “*delfos*”, em que é realizada a seleção de “*experts/especialistas de determinada área*, neste caso, especialistas em saúde auditiva e/ou em saúde coletiva, os quais irão responder individualmente a um questionário eletrônico, atribuindo uma pontuação de 0(zero) a 10(dez) aos critérios/padrões propostos (tabela em anexo) para a avaliação da implantação da PNASA, sendo o quanto mais próximo do 0 (zero), menor relevância de inclusão do critério e o quanto mais próximo de 10 (dez) maior a relevância de inclusão do critério. Os dados serão tratados estatisticamente com cálculos de medida de tendência central e/ou dispersão e os resultados serão repassados novamente aos “*experts*” para uma nova pontuação, ou até mesmo sugestão de inclusão ou retirada de algum critério, que em seguida será novamente tratado e constituída finalmente a imagem objetivo da política. A partir desse instrumento será possível ter a disposição um instrumento validado cientificamente para avaliar o grau de implantação da PNASA no âmbito estadual, colaborando para o desenvolvimento científico na área, bem como para os processos de planejamento, gestão e avaliação em saúde auditiva no país.

Os pesquisadores se comprometem a garantir o anonimato dos entrevistados e que utilizarão os dados coletados apenas para esta pesquisa e os resultados serão apresentados através de relatórios de pesquisa, artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos.

A participação será voluntária, sem remuneração ou outras gratificações. Não haverá em nenhuma hipótese qualquer tipo de ônus para informante em decorrência da participação ou não no estudo, bem como em relação às

respostas apresentadas. O (A) senhor (a) poderá tirar suas dúvidas ou até mesmo desistir de participar de qualquer etapa da pesquisa.

Assim solicito sua participação voluntária na pesquisa acima citada espontaneamente autorizando a utilização das respostas na pesquisa e respondendo ao questionário.

Por gentileza, gostaria de poder contar com suas respostas num prazo de 15 dias para viabilização das demais etapas de coleta de dados do estudo.

Atenciosamente,

Pesquisador Responsável:

Marcus Valerius da Silva Peixoto

Mestrando em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Endereço: Av. Oceânica, 2151, Ed. Barcelona, Apto 502, Cond. Pátio Coroa do Meio. Bairro: Coroa do Meio. Aracaju-SE. CEP 49035-000

## Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr(a):

Convido a participar desta pesquisa intitulada “Análise da Implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: Um estudo de Caso” tem como objetivo avaliar o grau de implantação da Política de Atenção à Saúde Auditiva em Alagoas.

Como procedimento para a viabilização desse estudo será realizado um levantamento de informações por meio de análise documental e entrevistas sobre a organização da atenção à saúde auditiva junto à Secretaria Estadual de Saúde, e unidades prestadoras de saúde auditiva. As respostas obtidas com a entrevista serão registradas por escrito e em arquivo de áudio digital e ficarão sob posse do pesquisador até o término da pesquisa. Assegura-se que os informantes não serão identificados pessoalmente de nenhum modo.

Os benefícios consistem na análise e avaliação de uma política pública que assiste a população em geral. A partir disto será possível disponibilizar informações sob o formato de relatórios de pesquisa que possam colaborar com a realização de um plano de trabalho específico para aprimorar a atenção à saúde auditiva no Estado.

Os pesquisadores utilizarão os dados coletados apenas para esta pesquisa e os resultados serão apresentados através de relatórios de pesquisa, artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos. Ao término da pesquisa todos os arquivos digitais de áudio serão deletados.

Os participantes não pagarão para participar do estudo, sendo os materiais necessários fornecidos pelos pesquisadores. A participação será voluntária, sem remuneração ou outras gratificações. Não haverá em nenhuma hipótese qualquer tipo de ônus para informante em decorrência da participação ou não no estudo, bem como em relação às respostas apresentadas.

O (A) senhor (a) poderá tirar suas dúvidas ou até mesmo desistir de participar de qualquer etapa da pesquisa, mesmo após ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

Declaro ter sido informado (a), verbalmente e por escrito, sobre a pesquisa acima citada e autorizo espontaneamente a utilização das minhas respostas na pesquisa, submetendo-me ao questionário, uma vez que foi garantido o meu anonimato.

Data \_\_/\_\_/\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável:

Endereço:

Nome: Marcus Valerius da Silva Peixoto

Endereço: Av. Oceânica, 2151, Ed. Barcelona, Apto 502, Cond. Pátio Coroa do Meio.  
Bairro: Coroa do Meio. Aracaju-SE. CEP 49035-000

## **Anexo III - Roteiro de entrevista – Secretário Estadual de Saúde**

Falar brevemente sobre sua trajetória até a função que exerce

### **Contexto Político**

1. A atenção à saúde auditiva para é uma prioridade para a gestão estadual?
2. Quais são as propostas para a atenção à saúde auditiva?
3. Existe alguma proposta de ação Intersectorial com a secretaria de educação ou do trabalho?
4. O Estado participa do financiamento com recursos além do ministério da saúde? Existe previsão de ampliar?
5. Como ocorre o processo de tomada de decisão nessa relação com a equipe, prestadores e usuários? O Sr. Poderia falar sobre alguma situação recente que envolveu processo decisório na saúde auditiva.
6. O senhor identifica alguma base de apoio político às pessoas com deficiência no parlamento estadual? Em sua opinião estão ligadas a que setores principalmente? Isso tem favorecido a implementação da PNASA?
7. Existe algum grupo técnico designado para gerir a atenção à saúde auditiva?
8. Qual foi o critério para a constituição do grupo técnico?
9. Quais são as principais facilidades para a implementação da PNASA no Estado? O Sr. poderia exemplificar com alguma situação concreta?
10. Quais são os principais obstáculos para a implementação da PNASA no Estado? O Sr. poderia exemplificar com alguma situação concreta?

### **Dimensão da Gestão**

11. Como tem sido realizado o planejamento da atenção à saúde auditiva?
12. O planejamento explicitado tem sido aplicado como instrumento de gestão? O Sr. poderia descrever uma situação?
13. Que atores participaram do planejamento da atenção à saúde auditiva?
14. As decisões para a implantação dos serviços e distribuição dos recursos tem sido baseada em que?
15. Como é feita a avaliação da rede de atenção à saúde auditiva de Alagoas? Existe algum grupo técnico com essa função permanente?
16. Existe algum mecanismo de gestão colegiada da saúde auditiva com participação dos usuários e trabalhadores?

### **Dimensão da Organização do sistema**

17. Como tem ocorrido a articulação das unidades de atenção à saúde auditiva da média e alta complexidade com a atenção básica?
18. Como tem ocorrido o acesso à atenção à saúde auditiva? A atenção básica é a principal porta de entrada? Existem fluxos definidos?
19. Existem linhas de cuidado para gestantes, recém-nascidos, pré-escolares, escolares, jovens, trabalhadores e idosos? Existem trabalhos voltados para distintos grupos populacionais?
20. São desenvolvidas ações de prevenção pela atenção básica na região?

## **Roteiro de entrevista (Gestores da Esfera Central – Grupo Técnico)**

Falar brevemente sobre sua trajetória até a gerencia

### **Dimensão da gestão**

1. Como tem sido realizado o planejamento da atenção à saúde auditiva?
2. O planejamento explicitado tem sido aplicado como instrumento de gestão? O Sr. poderia descrever uma situação?
3. Que atores participaram do planejamento da atenção à saúde auditiva?
4. As decisões para a implantação dos serviços e distribuição dos recursos tem sido baseada em que?
5. Existe alguma forma de avaliação da rede de saúde auditiva? Como é feita a avaliação da rede de atenção à saúde auditiva? Existe algum grupo técnico com essa função permanente?
6. Os sistemas de informação têm sido utilizados para a avaliação da atenção à saúde auditiva? Existe alguma proposta de sistema de informação desenvolvida pela rede? Há intercâmbio de informação com outros sistemas?
7. Como ocorre a regulação dos procedimentos de alta complexidade?
8. Existe alguma forma de auditoria dos serviços de atenção à saúde auditiva? Como ocorre?
9. Os critérios para a habilitação dos serviços seguem estritamente a portaria GM/MS 587/2004 em relação às instalações físicas, recursos humanos e materiais?
10. Existe algum mecanismo de gestão colegiada da saúde auditiva com participação dos usuários e trabalhadores?

### **Dimensão da Organização do sistema**

11. Como tem ocorrido a articulação das unidades de atenção à saúde auditiva da média e alta complexidade com a atenção básica? O senhor acha importante essa articulação? Poderia citar algum tema de conversa que já tiveram?
12. Como tem ocorrido o acesso à atenção à saúde auditiva? A atenção básica é a principal porta de entrada? Ocorre por demanda espontânea? Existem fluxos definidos?
13. Existem trabalhos voltados para distintos grupos populacionais? Existem linhas de cuidado para gestantes, recém-nascidos, pré-escolares, escolares, jovens, trabalhadores e idosos?
14. São desenvolvidas ações de prevenção pela atenção básica na região?

### **Contexto Político**

15. O Sr acha que atenção à saúde auditiva para é uma prioridade para a gestão estadual?
16. Quais são as propostas para a atenção à saúde auditiva?
17. Existe alguma proposta de ação Intersetorial com a secretaria de educação ou do trabalho para os cuidados às pessoas com deficiência auditiva?
18. O Estado participa do financiamento com recursos além do ministério da saúde? Existe previsão de ampliar?
19. Como ocorre o processo de tomada de decisão nessa relação com a equipe, prestadores e usuários? O Sr. Poderia falar sobre alguma situação recente que envolveu processo decisório na saúde auditiva.
20. O senhor identifica alguma base de apoio político às pessoas com deficiência no parlamento estadual? Em sua opinião estão ligadas a que setores principalmente? Isso tem favorecido a implementação da PNASA?
21. Existe algum grupo técnico designado para gerir a atenção à saúde auditiva?
22. Qual foi o critério para a constituição do grupo técnico?
23. Quais são as principais facilidades para a implementação da PNASA no Estado? O Sr. poderia exemplificar com alguma situação concreta?
24. Quais são os principais obstáculos para a implementação da PNASA no Estado? O Sr. poderia exemplificar com alguma situação concreta?

## Roteiro de entrevista – Gerentes das unidades

Falar brevemente sobre sua trajetória até a gerencia do programa

### **Dimensão da Gestão**

1. Como tem sido realizado o planejamento da atenção à saúde auditiva?
2. O planejamento explicitado tem sido aplicado como instrumento de gestão? O Sr. poderia descrever uma situação?
3. Que atores participaram do planejamento da atenção à saúde auditiva?
4. As decisões para a implantação dos serviços e distribuição dos recursos tem sido baseada em que?
5. Existe alguma forma de avaliação da rede de saúde auditiva? Como é feita a avaliação da rede de atenção à saúde auditiva? Existe algum grupo técnico com essa função permanente?
6. Os sistemas de informação têm sido utilizados para a avaliação da atenção à saúde auditiva? Existe alguma proposta de sistema de informação desenvolvida pela rede? Há intercâmbio de informação com outros sistemas?
7. Como ocorre a regulação dos procedimentos de alta complexidade?
8. Existe alguma forma de auditoria dos serviços de atenção à saúde auditiva? Como ocorre?
9. Os critérios para a habilitação dos serviços seguem estritamente a portaria GM/MS 587/2004 em relação às instalações físicas, recursos humanos e materiais?
10. Existe algum mecanismo de gestão colegiada da saúde auditiva com participação dos usuários e trabalhadores?

### **Dimensão da Organização do Sistema**

11. Como tem ocorrido a articulação das unidades de atenção à saúde auditiva da média e alta complexidade com a atenção básica? O senhor acha importante essa articulação? Poderia citar algum tema de conversa que já tiveram?
12. Como tem ocorrido o acesso à atenção à saúde auditiva? A atenção básica é a principal porta de entrada? Ocorre por demanda espontânea? Existem fluxos definidos?
13. Existem trabalhos voltados para distintos grupos populacionais? Existem linhas de cuidado para gestantes, recém-nascidos, pré-escolares, escolares, jovens, trabalhadores e idosos?
14. São desenvolvidas ações de prevenção pela atenção básica na região?

### **Contexto Político**

15. Quais são as propostas da gestão para a atenção à saúde auditiva?
16. O Sr acha que atenção à saúde auditiva para é uma prioridade para a gestão estadual?
17. Existe alguma proposta de ação Intersetorial com a secretaria de educação ou do trabalho para os cuidados às pessoas com deficiência auditiva?
18. O Estado participa do financiamento com recursos além do ministério da saúde? Existe previsão de ampliar?
19. Como ocorre o processo de tomada de decisão nessa relação com a equipe, prestadores e usuários? O Sr. Poderia falar sobre alguma situação recente que envolveu processo decisório na saúde auditiva.
20. O senhor identifica alguma base de apoio político às pessoas com deficiência no parlamento estadual? Em sua opinião estão ligadas a que setores principalmente? Isso tem favorecido a implementação da PNASA?
21. Existe algum grupo técnico designado para gerir a atenção à saúde auditiva?
22. Qual foi o critério para a constituição do grupo técnico?
23. Quais são as principais facilidades para a implementação da PNASA no Estado? O Sr. poderia exemplificar com alguma situação concreta?
24. Quais são os principais obstáculos para a implementação da PNASA no Estado? O Sr. poderia exemplificar com alguma situação concreta?

