

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: avanços e entraves no município do Rio de Janeiro”

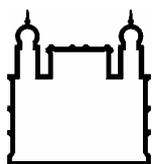
por

Luciana Santos Amaral

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Cristina Rodrigues Guilam

Rio de Janeiro, maio de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: avanços e entraves no município do Rio de Janeiro”

apresentada por

Luciana Santos Amaral

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Marcia Soalheiro de Almeida

Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Rodrigues Guilam – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 27 de maio de 2009.

A Deus, por permitir que coisas
boas aconteçam em minha vida.
A minha família, pelo incentivo,
sem o qual não seria possível
chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido noivo Rodrigo Ferreira, pela ajuda, incentivo e compreensão nos momentos em que estive ausente.

À minha querida orientadora, Dra. Maria Cristina Guilam, por toda ajuda, pelas valiosas sugestões e por sempre retribuir minhas solicitações.

Aos professores e funcionários do curso de pós-graduação em Saúde Pública/Saúde do Trabalhador da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, pelos ensinamentos, à Dra. Ana Maria Braga, à Dra. Elida Hennington, em especial à Dra. Carmem Marinho.

Às professoras da faculdade de fonoaudiologia da UFRJ, Mônica Rocha, Márcia Goldfeld, Maria Isabel Kós e Silvana Frota por toda colaboração fornecida durante a realização deste trabalho.

A Dra. Márcia Soalheiro, pelo fornecimento de valiosas informações e ajuda durante o contato com coordenadoria do município.

À Maria Emília, funcionária do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pela ajuda.

Aos profissionais e usuários que colaboraram com o fornecimento de informações a respeito da Política.

Aos Amigos, companheiros de turma, por me ouvir, e me incentivar, em especial à Priscilla, Sayonara, Isabelle, Francisco, Ana Luiza, Wilma e Afrânio.

Às minhas amigas, Viviane Almeida e Janaína Dell'Armi pelo apoio e amizade.

Aos membros da Banca Examinadora de Defesa de Dissertação por participarem deste momento tão especial.

Finalmente, a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Este estudo consiste em uma proposta para identificar e discutir os principais avanços e dificuldades do processo de implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), no município do Rio de Janeiro. Parte-se do pressuposto que tal política ainda não está efetivamente implementada, e grande parte das realizações está restrita ao fornecimento de aparelho auditivo, com reduzido número de acompanhamentos e procedimentos essenciais para se obter um melhor resultado com o uso da prótese. Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou a PNASA, buscando uma atuação mais efetiva para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com problemas auditivos. No estado do Rio de Janeiro, atualmente, existem 13 unidades de Serviços de Saúde Auditiva. Dentre estas, quatro localizam-se no município do Rio de Janeiro, porém, no momento da pesquisa apenas duas encontravam-se habilitadas. Em 2005, o município apresentava cerca de 190 mil pessoas com deficiência auditiva. Verificou-se a necessidade de realizar um estudo que tratasse dos aspectos relacionados ao processo de implementação dessa Política, devido ao reduzido número de estudos sobre o assunto. A pesquisa envolveu duas etapas: a primeira incluiu entrevistas semi-estruturadas com atores-chave para uma descrição das unidades de saúde em estudo. Os atores selecionados fazem parte de dois grupos: profissionais de saúde envolvidos no atendimento de pacientes com problemas auditivos e usuários da Política. A segunda etapa refere-se à coleta de dados desde o início da habilitação de cada unidade até a época da realização da pesquisa; buscando caracterizar a demanda existente. Não se pode dizer que, hoje, no município, o atendimento ao paciente com perda auditiva seja realizado de forma integral. Apesar dos avanços conseguidos no processo de implementação da PNASA, que possibilitaram a ampliação do atendimento às pessoas com alteração auditiva, ainda existe uma necessidade de melhora no diagnóstico precoce, na agilidade da aquisição das próteses auditivas, da reabilitação e da garantia do acesso ao acompanhamento do usuário.

Palavras-chave: Processo de implementação, saúde auditiva, perda auditiva

ABSTRACT

This research remains in a proposal to identify and discuss the main achievements and difficulties of the implementation process of National Policy for Hearing Health Care (NPHHC), in Rio de Janeiro council. It has been assumed that this policy is not effectively implemented, and most of the output is restricted to the provision of hearing, with a reduced number of accompaniments and procedures essential to get a better result with the use of the prosthesis. In 2004, the Ministry of Health produced the NPHHC, seeking a more effective action for improving quality of life for people with hearing problems. In the state of Rio de Janeiro, currently, there are 13 units of Hearing Department of Health. Among these, four are located in Rio de Janeiro, however, during this research there were only two qualified. In 2005, the council had about 190 thousand people with hearing loss. There is a need to conduct a study that treats aspects of the process of implementing this policy, due to the reduced number of studies on this subject. The research involved two stages: the first included semi-structured interviews with key players for a description of the health units under study. The actors are selected from two groups: health care professionals involved in caring for patients with hearing problems and users of policy. The second stage refers to data collection since the early clearance of each unit until the time of the completion of research seeking to characterize the existing demand. Nowadays, in the council, the care to patients with hearing loss is not made in full time. Despite the progress made in implementation of NPHHC, which enabled the expansion of care for people with hearing impairment, there is still need for improvement in early diagnosis, agility in the acquisition of hearing aids, rehabilitation and guarantees of access to monitoring user.

Keywords: Implementation procedure, hearing health, hearing loss

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1. Processo de implementação de políticas públicas.....	15
1.2. Saúde Auditiva.....	16
2. COMPREENDENDO PERDA AUDITIVA.....	18
2.1. Sistema Auditivo.....	18
2.2. Audição.....	19
2.3. Perda Auditiva.....	19
2.4. Diagnóstico.....	21
2.5. Tratamento.....	23
3. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA.....	27
3.1-Breve Histórico.....	27
3.2-A PNASA no Rio de Janeiro.....	31
4. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	35
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
5.1-Média Complexidade.....	41
5.1.1-Organização do serviço.....	41
5.1.2-Estrutura física.....	42
5.1.3-Materiais e Equipamentos.....	42
5.1.4-Fluxo de atendimento.....	43
5.1.5- Caracterização da demanda.....	45
5.1.6-Processo de Implementação.....	51
5.1.7-Quais os avanços e fatores facilitadores para Média Complexidade?.....	52
5.1.8-Quais os entraves?.....	53
5.1.9-Ponto de vista dos usuários.....	55
5.2-Alta Complexidade.....	58
5.2.1-Organização do serviço.....	58
5.2.2-Estrutura física.....	60
5.2.3-Materiais e Equipamentos.....	60
5.2.4-Fluxo de atendimento.....	61
5.2.5- Caracterização da demanda.....	63
5.2.6-Processo de Implementação.....	68
5.2.7-Quais os avanços e fatores facilitadores para Média Complexidade?.....	69
5.2.8-Quais os entraves?.....	70
5.2.9-Ponto de vista dos usuários.....	73
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
ANEXOS.....	85

Lista de siglas

AASI - Aparelho de Amplificação Sonora Individual
AP - Áreas de Planejamento
APAC - Procedimentos de Alta Complexidade
BERA - Audiometria de tronco encefálico
CIAD - Centro Integrado de Atenção à Pessoa Com Deficiência
CMS – Centro Municipal de Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
EOA - emissões otoacústicas
HUCFF – Hospital universitário Clementino Fraga Filho
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPPMG - Instituto de Pericultura e Pediatria Martagão Gesteira
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
ORL - Otorrinolaringologia
PAIRO - Perdas auditivas induzidas por ruído ocupacional
PAM - Postos de Assistência Médica
PNASA - Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva
RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SUS - Sistema Único de Saúde
TAN - Triagem Auditiva Neonatal
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPS - Unidades Prestadoras de Serviço

Lista de gráficos

Gráfico 1: Número de pacientes da média complexidade por faixa etária 2006-2008.....	46
Gráfico 2: Número de pacientes adultos (19 a 59 anos) e idosos (mais de 60 anos) da média complexidade por escolaridade 2006-2008.....	48
Gráfico 3: Situação de Trabalho na Média Complexidade dos pacientes atendidos 2006-2008	48
Gráfico 4: Número de casos por diagnóstico dos pacientes atendidos na média complexidade 2006-2008.....	49
Gráfico 5: Número de pacientes atendidos na Alta Complexidade por faixa etária 2007-2008.....	63
Gráfico 6: Número de pacientes atendidos na Alta Complexidade por escolaridade de adultos (19 a 59 anos) e idosos (mais de 60 anos) 2007 – 2008	64
Gráfico 7: Situação de Trabalho na Alta Complexidade dos pacientes atendidos 2006-2008	65
Gráfico 8: Número de casos por diagnóstico dos pacientes atendidos na Alta Complexidade 2007-2008.....	66

Lista de figuras

Figura 1: Anatomia da orelha.....	18
Figura 2: Visão frontal com principais componentes do implante coclear.....	25
Figura 3: Mapa com a distribuição de casos atendidos nas áreas de planejamento do município do Rio de Janeiro	40
Figura 4: Fluxo de atendimento na Média Complexidade.....	44
Figura 5: Fluxo de atendimento na Alta Complexidade.....	61

Lista de quadros

Quadro 1: Distribuição da rede de saúde auditiva na Média Complexidade no Estado do Rio de Janeiro.....	33
Quadro 2: Distribuição da rede de saúde auditiva na Alta Complexidade no Estado do Rio de Janeiro.....	33
Quadro 3: Número de casos atendidos na média complexidade por Área de Planejamento do município do Rio de Janeiro 2006-2008.....	38
Quadro 4: Número de casos na Alta Complexidade por Áreas de Planejamento do município do Rio de Janeiro.....	39

Lista de anexos

Anexo 1. Roteiro para entrevista semi-estruturada profissionais.....	86
Anexo 2. Roteiro para entrevista semi-estruturada usuários.....	88
Anexo 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	89
Anexo 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	90
Anexo 5. Termo de autorização da Prefeitura do Rio de Janeiro.....	91
Anexo 6. Termo de autorização do serviço de audiologia da UFRJ.....	92
Anexo 7. Parecer do Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública	93
Anexo 8. Parecer do Comitê de Ética da UFRJ.....	94

1-INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como proposta identificar e discutir os principais avanços e dificuldades do processo de implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, no município do Rio de Janeiro.

Parte-se do pressuposto que tal política ainda não está efetivamente implementada, e grande parte das realizações está restrita ao fornecimento de aparelho auditivo, com reduzido número de acompanhamentos e procedimentos essenciais para se obter um melhor resultado com o uso da prótese.

Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ¹ estimou a existência de 278 milhões de pessoas no mundo com perda auditiva moderada a profunda. O número de indivíduos com problemas auditivos vem crescendo principalmente em decorrência do aumento da população mundial e da expectativa de vida.

No Brasil ocorre escassez de informação recente a respeito da perda auditiva, devido ao reduzido número de estudos epidemiológicos. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ² mostram que, no ano 2000, havia aproximadamente vinte quatro milhões e meio de pessoas portadoras de algum tipo de deficiência das quais, em torno de cinco milhões apresentavam deficiência auditiva.

A deficiência auditiva é considerada como um grave problema de saúde pública, em consequência da privação sensorial no desenvolvimento infantil e pela sua incidência ¹. A surdez infantil é um problema que atinge de 3 a 5 crianças em cada 1000 nascidas no País. Esse quadro se agrava quando o recém-nascido apresenta complicações neonatais e precisa de internação em UTI, onde 2 a 4 em 100 crianças apresentam algum déficit auditivo ³, evidenciando a necessidade da triagem auditiva no nível básico de atenção.

Sob esses ângulos, considera-se que as ações em saúde auditiva devem, portanto, integrar todos os níveis de atenção, estando inserida na Atenção Básica de Saúde. Neste sentido, o Ministério da Saúde (MS) buscou incluir o atendimento às pessoas com deficiência auditiva no Sistema Único de Saúde (SUS): nos níveis de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade (ambulatorial e hospitalar). Para tanto, em 2004, elaborou a **Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva** (PNASA) ⁴, buscando uma atuação mais efetiva para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com alterações auditivas. A Política tem como objetivo atender a população brasileira com problemas auditivos, criando condições de acesso desta população a todos os procedimentos de saúde auditiva.

A Política prevê articulação do MS com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. De acordo com as estratégias desta nova política, o processo de reabilitação audiológica passa a envolver um trabalho muito mais amplo que prevê a adaptação de próteses auditivas, com acompanhamento médico e fonoaudiológico, tanto para ajustes como para verificações periódicas das condições técnicas e do benefício obtido com o uso desses equipamentos, e, quando necessário, de terapia fonoaudiológica, além de assistência social e psicológica, no nível médio de complexidade ⁴. Maiores detalhes sobre a política serão descritos no capítulo 4.

Atualmente, 130 unidades de Serviços de Saúde Auditiva ⁵ estão habilitadas em todo país para oferecer atendimento ao deficiente auditivo na atenção básica, média e na alta complexidade. Porém, os estados do Amazonas, Acre e Roraima não possuem tais serviços⁶. De acordo com o levantamento da produção 2007 dos Serviços de Saúde Auditiva habilitados (Tabwin/Datasus) foram realizados cerca de um milhão e duzentos mil procedimentos da área de Saúde Auditiva ⁶.

No estado do Rio de Janeiro, no momento existem 13 unidades de Serviços de Saúde Auditiva. Dentre estas, quatro localizam-se no município do Rio de Janeiro ⁷. Em 2005, a região somava 190 mil pessoas com deficiência auditiva, destas, apenas 2% se declararam surdas. O percentual de pessoas com grande dificuldade permanente de audição atinge a 14% dos cariocas e 84% com alguma dificuldade permanente. Logo, um em cada seis portadores de deficiência auditiva da cidade tem severos problemas auditivos ⁸. No presente momento observa-se a inexistência de estudos sobre o funcionamento desta Política no município.

Deste modo, justifica-se amplamente a necessidade de realizar um estudo que trate dos aspectos relacionados ao processo de implementação dessa Política, particularmente os avanços e os entraves.

1.1-Processo de implementação de política pública:

Para Flexor *et al* ⁹, a implementação representa um processo pelo qual as decisões acomodam-se à realidade, ajustam-se ao campo de aplicação, se inscrevem nas rotinas dos agentes que atuam para a concretização da política. Implementar consiste em aplicar um programa de ação a um problema. Assim, existem perturbações e modificações entre os objetivos perseguidos e as ações efetivas. O papel dos gestores e o desenho institucional da política se tornam críticos nessa fase. Em função dos atores envolvidos (os agentes que implementam a política e o público-alvo do programa), dos

instrumentos estabelecidos e do grau de centralização dos processos, a distância entre os objetivos perseguidos e as ações efetivas pode ser mais ou menos importante ⁹.

O trabalho de Silva & Melo¹⁰ apresenta um marco de referência para abordagens da questão de implementação de políticas públicas. A instabilidade de programas governamentais tem sido entendida como uma das dimensões cruciais – senão a variável central para explicação do insucesso dos governos em atingir os objetivos estabelecidos no desenho das políticas.

Propõe-se que o monitoramento e a análise das políticas sejam considerados instrumentos que permitam o aprendizado e a constante reformulação.

O processo de implementação desenvolve-se através da constituição de atores governamentais e não governamentais que com idéias, recursos e ações próprias vão constituir a Política ¹¹. Portanto, a análise do processo e o estudo da dinâmica das ações dos atores envolvidos têm como objetivo identificar obstáculos e elementos facilitadores, assim como o grau de adesão e resistência dos agentes à política proposta¹².

1.2- Saúde Auditiva:

O movimento pela saúde está bastante marcado pela capacidade de resposta do Estado às demandas sociais, através de suas políticas públicas.

A promoção da saúde é definida na carta de Ottawa ¹³ (1986), como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma participação no controle desse processo. Buscar mudanças nas questões referentes à preservação da saúde é um dos grandes objetivos da promoção. Assim, é necessário que a população esteja informada do seu próprio processo saúde/doença e dos seus direitos sociais. Deste modo, a promoção da saúde não é tarefa exclusiva do setor saúde, mas este deve atuar em conjunto com a população na direção de um bem-estar global.

O Sistema Único de Saúde (SUS) ¹⁴ constitui-se de ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com atendimento integral e participação da comunidade.

No que diz respeito à assistência à saúde, a Lei 8080 ¹⁴ considera “integralidade” como:

“(…) um direito da cidadania, abrangendo a atenção primária, secundária e terciária, de modo a garantir equipamentos necessários para a promoção, prevenção, assistência e reabilitação.”

No Brasil, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas são de responsabilidade do SUS ¹⁵.

A Saúde Auditiva insere-se neste contexto, tendo em vista, possuir características de manutenção da qualidade de vida através de promoção da saúde do sistema auditivo.

Uma das estratégias de promoção da saúde do SUS é a tentativa da criação de Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. Essas redes seriam compostas pelas ações de Saúde Auditiva na Atenção Básica, Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade e Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade ¹⁶.

Com a elaboração da PNASA, pela primeira vez o País trata a questão da saúde auditiva de forma específica, enfocada na atuação mais efetiva para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos com problemas auditivos.

2- COMPREENDENDO PERDA AUDITIVA

2.1 - Sistema Auditivo:

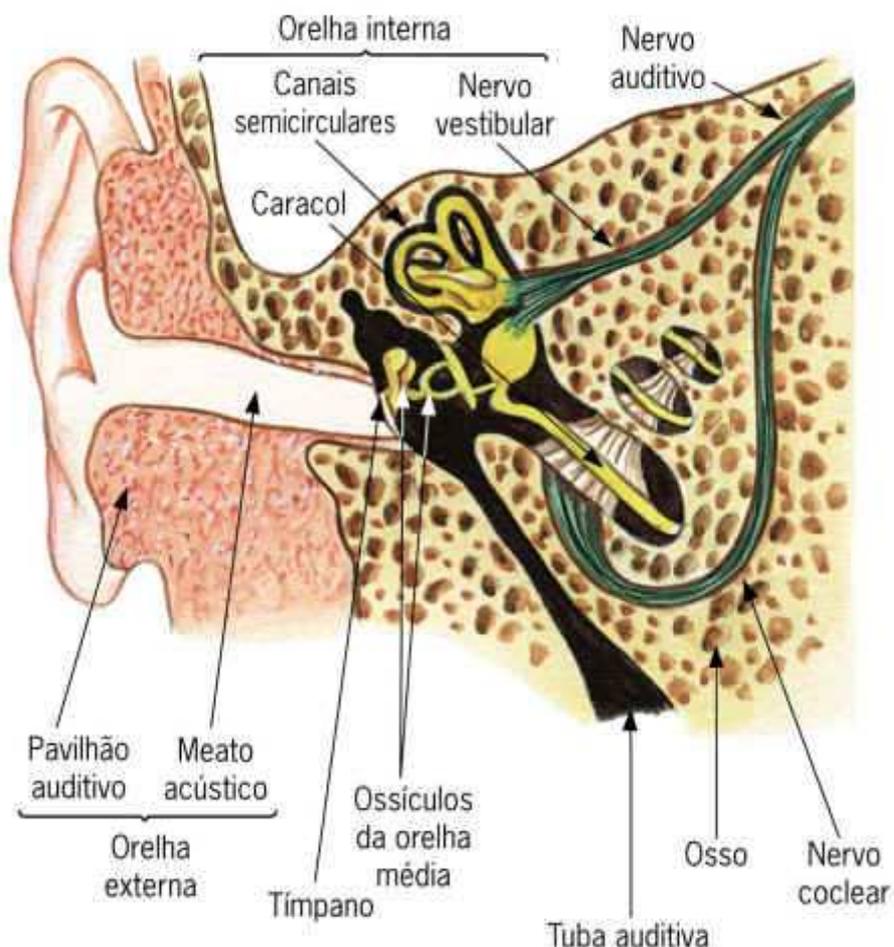
Para melhor entendimento da audição e da perda auditiva, inicialmente faz-se necessário a compreensão de como escutamos.

O órgão responsável pela audição é a orelha, que antigamente era denominado ouvido. Além da função de ouvir, este órgão também é responsável pelo equilíbrio.

De acordo com Munhoz¹⁷ e colaboradores, o sistema auditivo é constituído pela orelha e pelas vias auditivas, que, localizadas no osso temporal, possuem distintas características estruturais e funcionais.

A orelha é dividida em três partes (Figura1): orelha externa, média e interna (antigamente denominados ouvido externo, ouvido médio e ouvido interno)¹⁸.

Figura 1: Anatomia da orelha.



Fonte: César & Sezar, 2002.

A orelha externa compreende o pavilhão auricular, o meato acústico externo e a face externa da membrana do tímpano. Capta os sons do meio ambiente e os transmite até o tímpano ou membrana timpânica¹⁷. A orelha média compreende a membrana timpânica e os ossículos da orelha média (martelo, bigorna e estribo), estes últimos contidos dentro da caixa timpânica. A função da orelha média é converter a energia sonora em energia mecânica, até a orelha interna. Para o funcionamento adequado deste sistema, é necessário o equilíbrio com a pressão atmosférica, o que é realizado através da tuba auditiva, canal que comunica a orelha média com a parte posterior do nariz^{17,18,19}. A orelha interna apresenta uma parte anterior, a cóclea ou caracol, que está relacionada com a audição, e uma posterior constituída pelo vestíbulo e canais semicirculares, relacionada com o equilíbrio. O movimento do estribo sobre uma pequena membrana na orelha interna gera movimentos correspondentes nos líquidos da orelha interna, que gerarão descargas elétricas, transmitidas pelo nervo auditivo até o córtex auditivo. Este fará então o processamento da informação sonora, permitindo-nos compreender o significado dos sons^{17,19}.

2.2- Audição:

A audição é uma condição fundamental à vida, base da comunicação humana oral, possibilitando aos indivíduos estabelecer contato com os seus semelhantes e com a natureza. É através da audição que, desde muito cedo, os indivíduos reconhecem os sons do meio ambiente e da fala. Desempenha, portanto, um papel preponderante e decisivo na aquisição e no desenvolvimento da linguagem oral²⁰.

Por mediação da linguagem, o homem consegue organizar seu universo, entender o mundo que o rodeia e compreender o outro, além de transmitir e abstrair pensamentos/sentimentos, interagindo e adquirindo conhecimento.

Os problemas auditivos na criança podem determinar prejuízos linguísticos, educacionais e psicossociais, pois o processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem pode ser prejudicado se o diagnóstico e a intervenção não forem realizados no tempo adequado²¹. Desta forma, é de suma importância que o diagnóstico precoce de déficits auditivos, assim como a intervenção fonoaudiológica sejam enfatizados²².

2.3- Perda Auditiva:

A perda de audição pode ser considerada como qualquer diminuição da capacidade de ouvir e/ou detectar sons da fala ou de ambiente, independente da causa, tipo ou grau. As causas podem ocorrer em diferentes momentos da vida do indivíduo,

durante a gestação ou parto, na infância, vida adulta ou na terceira idade, assim, qualquer alteração em uma das porções do sistema auditivo pode prejudicar a audição, em maior ou menor grau, constituindo uma perda auditiva²³.

Várias classificações podem ser encontradas na literatura^{23,24,25}, entre elas a classificação segundo localização topográfica, expressão clínica e grau de comprometimento.

Classificação da perda auditiva de acordo com a localização topográfica:

Condutiva: Qualquer afecção na orelha externa e/ou média.

Neurosensorial ou Sensório-Neural: Devido a qualquer lesão da cóclea ou do nervo auditivo (orelha interna).

Mista: Usado para descrever casos no qual a perda condutiva e neurosensorial coexistem na mesma orelha.

Central: Determinada por uma alteração nas vias centrais da audição.

Funcional: Neste tipo de perda o indivíduo não apresenta alteração orgânica no aparelho auditivo periférico ou central. Apresenta fundo emocional ou psíquico e em alguns casos é difícil determinar se a perda auditiva é uma simulação ou se é orgânica.

Classificação de acordo com a expressão clínica:

Hipoacusia – refere-se a uma redução na sensibilidade auditiva, sem qualquer alteração da qualidade de audição.

Disacusia – refere-se a um distúrbio na audição, expresso em qualidade e não em intensidade sonora.

Anacusia – ausência total de audição

Surdez – audição socialmente incapacitante.

Denomina-se surdo o indivíduo que possui uma perda na percepção normal dos sons. Alguns indivíduos surdos são capazes de pronunciar palavras de forma quase totalmente dentro da normalidade da língua oral, enquanto para outros, a percepção de uma linguagem fonoarticulatória é quase inexistente, evidenciando a falta de domínio de vocabulário oralista. Existem ainda, indivíduos com surdez profunda, incapazes de qualquer forma de comunicação oral, embora existam evidências que, se estimulados precocemente, possam aprender a pronunciar palavras do cotidiano²¹.

A perda auditiva implica em graves barreiras para o indivíduo que terá que superar os obstáculos inerentes a uma sociedade que não o trata como “normal”. Assim, a dificuldade de comunicação oral estabelece expressivas dificuldades de inserção social²⁶. Para a compreensão do sujeito surdo, outra questão fundamental, diz respeito a preconceitos que podem dificultar sua inclusão social: é necessário desmistificar a crença sobre sua reduzida capacidade de aprendizagem, uma vez que a surdez é uma questão de linguagem. Cabe lembrar que a surdez pode ser superada através da adoção de outras alternativas de comunicação, como por exemplo, uso da Língua de Sinais²⁷.

Classificação das perdas auditivas quanto ao grau:

Dentre as diversas classificações das perdas auditivas quanto ao grau no Brasil, uma comumente utilizada para avaliar perdas auditivas em clínicas fonoaudiológicas é a de Davis e Silverman (1970), citados por Russo e Santos²⁸:

Audição Normal – de 0 a 20 dB

Perda Auditiva Leve – de 21 a 40 dB

Perda Auditiva Moderada - de 41 a 70 dB

Perda Auditiva Severa – de 71 a 90 dB

Perda Auditiva Profunda - acima de 95 dB

De acordo com os autores supracitados, os limiares tonais para serem considerados dentro do limite de normalidade não devem ultrapassar 20 dB. Valores rebaixados (pior que 20 dB) devem ser considerados como perda auditiva cujo grau pode variar de leve a profunda.

2.4-Diagnóstico:

O diagnóstico para problemas auditivos é feito a partir da avaliação médica e audiológica. Em geral a família é a primeira a suspeitar de alterações auditivas nas crianças ainda bem pequenas, a partir da observação da ausência de reações a sons e que apresenta comportamento diferente do usual, dormindo em ambientes barulhentos ou não se assustando com sons intensos, e ainda, quando num período mais tarde, não desenvolve normalmente a linguagem²⁵.

Os diagnósticos das deficiências auditivas na infância podem ocorrer mais precocemente com o auxílio de alguns programas de prevenção das deficiências

auditivas na infância como o registro de fatores de risco e triagens auditivas. Em geral, o pediatra deveria ser o primeiro a verificar alterações e encaminhar a criança ao otorrinolaringologista, quando se iniciará o diagnóstico, com a observação do comportamento auditivo, exame físico das estruturas da orelha, nariz e das diferentes partes da faringe e por fim a avaliação audiológica ²⁹. No caso de adultos e idosos, a queixa de alteração auditiva é do próprio indivíduo, existindo inúmeras possibilidades etiológicas.

No Brasil, poucos estudos revelam a prevalência da deficiência auditiva e a sua provável etiologia. Oliveira *et al* ³⁰ realizou uma revisão das principais causas da perda auditiva, citando: hereditariedade, cerume ou corpos estranhos do conduto auditivo externo, doenças infecciosas como rubéola congênita, meningite, sarampo e caxumba, malformações de cabeça e pescoço e causas perinatais como baixo-peso ao nascer, hiperbilirrubinemia, anoxia e parto prolongado. Estas são complementadas por Kós & Kós³¹ que entre as patologias mais frequentes que acometem a orelha externa, média e interna apontam: otites, otoesclerose, surdez súbita, presbiacusia, trauma acústico, surdez ototóxica, perda auditiva induzida por ruído ocupacional, neurinoma do acústico, neuropatia auditiva, entre outras.

Quanto mais precoce o diagnóstico, menores serão os danos causados ao desenvolvimento linguístico, social e psicológico. A observação por parte dos familiares e profissionais, de alguns aspectos referentes às funções auditivas pode colaborar propiciando um diagnóstico precoce. Mediante o diagnóstico da perda auditiva é fundamental que seja iniciado um trabalho terapêutico integral adequado. Além do exame clínico, para avaliação auditiva, existem vários exames que podem ser realizados conforme as necessidades do paciente, entre eles destacam-se ^{24,32,33,34}:

- A **audiometria**, exame que mensura a audição com auxílio de um dispositivo eletrônico (audiômetro) que produz sons em frequências (tons puros) e volumes específicos.

Para classificarmos uma perda auditiva, quanto ao seu tipo, é imprescindível a realização de Audiometria Tonal por Via Aérea (VA) e Audiometria Tonal por Via Óssea (VO). Sem a comparação destes dois exames torna-se inviável a determinação do tipo de perda auditiva.

- A **imitanciometria**, analisa a orelha média pela medida da timpanometria, da compliância estática e pela pesquisa do reflexo estapédico. O exame mensura a impedância (resistência à pressão) da orelha média. A timpanometria é utilizada para

determinar a causa da perda auditiva condutiva. Os resultados deste teste indicam se o problema é devido a um bloqueio na tuba auditiva (o tubo que conecta a orelha média com a parte posterior do nariz), à presença de líquido na orelha média ou a uma ruptura na cadeia de três ossículos. A pesquisa dos reflexos estapédicos permite identificar o local da lesão, sendo útil para o estabelecimento de diagnóstico diferencial das perdas auditivas.

- A **audiometria de tronco encefálico (BERA)** é um teste que pode diferenciar a perda auditiva sensorial da neural. Este teste mensura os impulsos nervosos cerebrais resultantes da estimulação dos nervos auditivos. A amplificação por computador produz uma imagem do padrão de onda dos impulsos nervosos. Quando a causa da perda auditiva parece estar localizada no cérebro, deve ser realizada uma ressonância magnética da cabeça.

- A **eletrococleografia** mensura a atividade da cóclea e do nervo auditivo. Este teste e a resposta auditiva do tronco cerebral podem ser utilizados para mensurar a audição em indivíduos que não conseguem ou não querem responder voluntariamente ao som. Algumas vezes, os testes podem ajudar a determinar a causa da perda auditiva neurossensorial.

- As **emissões otoacústicas (EOA)** são sons mensurados no meato acústico externo, os quais são produzidos na cóclea, permitindo a avaliação de mecanismos biomecânicos dentro desta. Uma das aplicações clínicas das emissões otoacústicas é a triagem auditiva. Segundo Azevedo³⁵, a triagem auditiva é um procedimento simples e rápido que se aplica a um grande número de indivíduos e busca identificar aqueles que têm alta probabilidade de apresentar perda auditiva e necessitam de um diagnóstico audiológico completo.

É imprescindível a realização de Triagem Auditiva Neonatal (TAN) com objetivo de detecção precoce de problemas auditivos, pois em cada mil recém-nascidos, dois a seis apresentam algum tipo de perda auditiva³⁶.

A incidência da surdez em bebês é maior que outras doenças que já são avaliadas na maternidade. Estatísticas brasileiras indicam que um em cada 10 mil nascidos vivos apresenta Fenilcetonúria enquanto 2,5 em 10 mil apresentam hipertireoidismo³⁷.

2.5- Tratamento

O conhecimento das causas dos problemas auditivos, seja na criança ou no adulto, permite a adoção de estratégias adequadas ao processo de prevenção e tratamento, que envolvem áreas diversas como a clínica médica, a reabilitação e a educação.

Nem todas as perdas auditivas poderão ser prevenidas, mesmo que medidas sejam implementadas. Torna-se importante a realização de procedimentos como as triagens auditivas aplicadas a grupos de indivíduos de diferentes locais e faixas etárias.

Com a ampliação dos recursos tecnológicos voltados para a saúde, tornou-se possível obter recursos para a melhoria da qualidade de vida e inclusão social das pessoas com deficiências, entre elas, as auditivas. Nos últimos anos muitos problemas auditivos têm sido corrigidos por meio de tratamentos clínicos ou intervenções cirúrgicas (como por exemplo, implante coclear), porém existem algumas perdas em que o tratamento só se torna possível com o uso do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) ou próteses auditivas, que tentam aproveitar ao máximo a audição residual do paciente³⁸.

Aparelho de Amplificação Sonora Individual – AASI

Segundo Martínez³⁹ muitas das enfermidades que causam perdas auditivas de transmissão (devido a anomalias na orelha externa e média) podem ser solucionadas e com resultados muito satisfatórios mediante tratamento clínico ou intervenção cirúrgica. No entanto, nas perdas de percepção (relacionadas ao ouvido interno ou nervo auditivo), as possibilidades de melhora da audição dependem, em grande parte de correção auditiva protética.

Existem vários tipos de próteses auditivas: próteses auditivas convencionais ou de caixa, retroauriculares e intra-aurais. Além das diferenças de formato, as próteses auditivas também se diferenciam em relação à tecnologia aplicada, podendo ser analógicas, programáveis ou digitais^{39,40}.

A amplificação sonora não se restringe apenas a oferecer sinais ambientais, de perigo e alerta e principalmente tornar audíveis e satisfatórios os sons de fala, mas é também a estratégia utilizada para facilitar a educação e o desenvolvimento psicossocial e intelectual do deficiente auditivo. Por isso, há necessidade de um levantamento da situação do país em relação à deficiência auditiva, principalmente em relação ao fornecimento da prótese e a satisfação do usuário após o recebimento, o que possibilitaria uma melhoria do planejamento das ações em Atenção à Saúde Auditiva.

Implantes Cocleares

O implante coclear é um tratamento eficaz para a perda severa ou profunda da audição em adultos e para perdas profundas nas crianças. (Figura2). Compõe-se de duas unidades: externa e interna⁴¹.

As partes que compõem a unidade externa são:

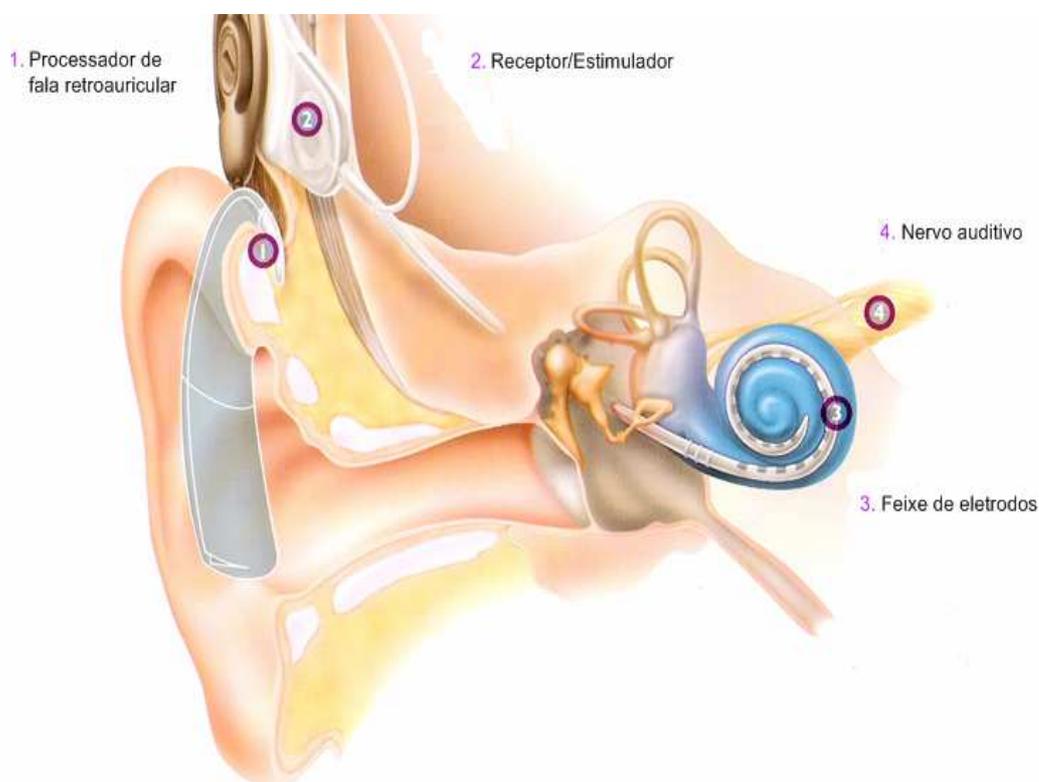
- 1- Microfone
- 2- Processador da Fala - Retroauricular
- 3- Compartimento de Baterias (pilhas)
- 4- Antena Externa

A unidade Interna é formada por:

- 1- Antena Interna
- 2- Receptor/Estimulador
- 3- Eletrodo Terra
- 4- Feixe de Eletrodos

Na figura 2, o processador de fala externo capta o som e o converte em sinais digitais, que são enviados ao implante interno, que os converte em energia elétrica. Esta é transmitida a um conjunto de eletrodos situado dentro da cóclea. Os eletrodos estimulam o nervo auditivo, e o cérebro detecta os sinais produzindo a audição do som.

Figura 2: Visão frontal com principais componentes do implante coclear



Fonte: Guia de implante cocleares para educadores. Hear now, 2006.

Qual é a Diferença entre um Aparelho Auditivo e um Implante?

Os aparelhos auditivos amplificam os sons ou os intensificam. Os sons produzidos por esses aparelhos não oferecem, em alguns casos, muito benefício às pessoas com uma perda severa e profunda da audição em ambas as orelhas. Em outras palavras, não importa quão intenso seja o som produzido pelo aparelho, no indivíduo com perda profunda, a audição não poderá processar a informação devido à extensa lesão sensorial. Por outro lado, um implante coclear não amplifica os sons. Este dispositivo fornece informação sonora útil ao estimular diretamente as fibras neurais remanescentes na cóclea, o que permite à pessoa perceber o som⁴¹.

Independente do tratamento, o processo de reabilitação é necessário para permitir que pessoas com perda auditiva consigam alcançar os níveis físico, mental ou social funcionais ótimos, podendo compreender medidas compensatórias da perda de uma função ou uma limitação funcional e facilitar ajustes ou reajustes sociais. Dessa forma, a reabilitação da pessoa com perda auditiva deve incluir a prestação dos seguintes tipos de serviços: (a) atendimento e tratamentos médicos; (b) detecção precoce, diagnóstico e intervenção; (c) assistência social, psicológica e fonoaudiológica; (d) fornecimento de aparelhos de amplificação sonora individual – AASI; (e) serviços educacionais especializados e serviços de reabilitação profissional⁴².

Um conjunto de ações e estratégias de saúde é necessário para buscar diminuir os agravos relacionados à deficiência auditiva, viabilizando o diagnóstico precoce e a reabilitação. Deste modo, prevenir distúrbios da audição é uma proposta de grande extensão que, não só contribui para reduzir as alterações e suas consequências como também pode proporcionar melhores condições de saúde e educação para a população. Seguindo este raciocínio, os cuidados dos portadores de perda auditiva devem estar inseridos no contexto de uma política de atenção à saúde como qualidade de vida no exercício de cidadania.

3- POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA

3.1-Breve Histórico

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção auditiva até 2004 apresentava duas vertentes: uma voltada para o implante coclear (Portaria 1278/99) e outra voltada para a protetização auditiva (Portaria 432/2000).

O Ministério da Saúde, em 14 de novembro de 2000, publicou a Portaria nº. 432 visando regulamentar, no âmbito ambulatorial, o diagnóstico, o acompanhamento e a protetização de pessoas com deficiência auditiva no nível da alta complexidade. Essa Portaria excluiu procedimentos de reabilitação auditiva do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), incluindo-os na tabela de serviços e classificação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), códigos e Autorização de Procedimentos de Alta complexidade (APAC), visto tratarem-se de procedimentos ambulatoriais e de alta complexidade. Foram incluídos quarenta e três procedimentos novos de diagnóstico, de acompanhamento, de seleção e fornecimento de próteses auditivas⁴³.

A Portaria 2035 de 4 de novembro de 2002⁴⁴, em face à variação cambial, reajustou os valores dos procedimentos relativos às próteses auditiva da tabela SIA-SUS.

Em 2003, segundo levantamento do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), realizado em agosto do mesmo ano, revelou que existiam aproximadamente 141 Unidades Prestadoras de Serviço (UPS) apresentando produção, sendo que 87 delas realizavam somente a protetização, negligenciando o atendimento integral ao deficiente auditivo (diagnóstico, seleção e indicação da prótese auditiva, acompanhamento e terapia fonoaudiológica). Apenas 54 UPS realizavam o atendimento integral⁴⁵.

Em setembro de 2003, por meio do Ofício nº. 1445/2003, foram suspensos os cadastramentos de novos Serviços no código 27/114 até a publicação de nova regulamentação. As UPS já cadastradas mantiveram a normalidade dos atendimentos, inclusive com o fornecimento de próteses auditivas.

No ano de 2003, de acordo com o Ministério da Saúde, a maior parte dos gastos com saúde auditiva (87,39% do valor total) foi destinada ao fornecimento das próteses auditivas⁴⁵.

O Ministério da Saúde, ciente da necessidade da organização do atendimento às pessoas com deficiência auditiva nos diversos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde, em trabalho conjunto da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/ e da

Coordenação Geral de Alta Complexidade, propôs, elaborou e pactuou com os gestores estaduais e municipais uma nova regulamentação para a organização das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva, em substituição à Portaria 432/00.

A **Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva** (PNASA) ⁴ instituída pela Portaria nº. 2.073/28/09/2004 e normatizada em outubro do mesmo ano pelas Portarias 587 e 589, tem como objetivo atender a população brasileira com deficiência auditiva, criando condições de acesso desta população a todos os procedimentos de saúde auditiva.

A PNASa tem como diretrizes:

- Desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;
- Organizar uma linha de cuidados integrais que perpassasse todos os níveis de atenção e atendimento;
- Identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias e situações de risco que levam à deficiência auditiva e desenvolver ações transectoriais;
- Definir critérios técnicos para o funcionamento e a avaliação dos serviços que realizam reabilitação auditiva;
- Promover a ampla cobertura no atendimento aos pacientes portadores de deficiência auditiva;
- Desenvolver projetos estratégicos de estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade e incorporação tecnológica;
- Desenvolver processos e métodos de coleta de dados que visem a disseminação de informações e aprimoramento da gestão;
- Promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais;
- Qualificar a assistência e promover a educação continuada dos profissionais de saúde envolvidos com a PNASa.

A implantação das diretrizes propostas por esta Política implica a descentralização das ações de assistência, articulação intra-institucional e intersetorial em âmbito estadual e municipal. Prevê ainda, a sensibilização e envolvimento da sociedade organizada, com destaque para defesa dos direitos dos deficientes auditivos, de modo a garantir os princípios da universalidade, regionalização, hierarquização e integralidade na atenção à saúde. Ressalte-se que, a sistematização de informações que possam

subsidiar gestores no planejamento, regulação, controle e avaliação de ações voltadas para tal âmbito é igualmente uma proposição dessa Política.

Entre as portarias que normatizam a PNASA, a de nº. 587 redefine as ações de saúde auditiva na atenção básica, de média e alta complexidade, conferindo autonomia às secretarias de saúde dos estados para adotar as providências necessárias na organização e implantação de redes estaduais de atenção à saúde auditiva. Estabelece ainda, as normas para credenciamento e habilitação dos serviços, as diretrizes para o fornecimento da prótese auditiva, bem como os parâmetros para a distribuição das UPS⁴⁶. A Portaria nº.589/10/2004 direciona o cadastramento dos serviços de diferentes complexidades no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)⁴⁷.

Com a normatização da política ocorreu uma reorganização das redes de saúde, que passaram a se basear na regionalização e na hierarquização do tratamento. Atualmente a rede estadual auditiva é integrada por quatro unidades: a Unidade Básica, a Unidade de Média Complexidade, a Unidade de Alta Complexidade e a Unidade de Terapêutica Fonoaudiológica, que realiza ações de reabilitação.

Os Serviços de Saúde Auditiva na Atenção Básica, porta de entrada dos pacientes, compreendem ações de promoção à saúde auditiva, prevenção e identificação precoce dos problemas auditivos, execução de ações informativas e educativas, orientação familiar e encaminhamento, quando necessário, para um serviço da média complexidade. As ações deverão ser desenvolvidas em estabelecimentos de saúde devidamente cadastrados no CNES e realizadas pelas equipes da atenção básica, considerando-se a saúde auditiva nos diferentes segmentos: gestantes, recém-nascidos, pré-escolares, escolares, jovens, trabalhadores e idosos⁴⁶.

As unidades da Atenção de Média Complexidade constituem-se na primeira referência para a atenção básica e contra-referência do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade. Tem como finalidade prestar assistência especializada às pessoas com doenças otológicas e em especial às pessoas com deficiência auditiva. Devem ainda, realizar triagem e monitoramento da audição de neonatos, pré-escolares e escolares; diagnóstico de perda auditiva de crianças a partir de três anos de idade, de jovens e de adultos (trabalhadores e idosos), respeitando as especificidades na avaliação exigidas para cada um desses segmentos⁴⁸.

Segundo as portarias de saúde auditiva, o serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade deve dispor de estrutura física e funcional além de uma equipe multiprofissional devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada às pessoas com doenças otológicas e em especial às pessoas com

deficiência auditiva. O gestor estadual ou municipal em gestão plena deverá estabelecer contrato de referência e contra-referência do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade com o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade. Sua equipe multiprofissional deverá apresentar uma equipe mínima: um otorrinolaringologista; quatro fonoaudiólogos (sendo pelo menos dois com qualificação para trabalhar em audiologia e dois para terapia); um assistente Social e um psicólogo⁴⁸.

Com essa equipe o serviço poderá protetizar até 60 (sessenta) pacientes/mês, devendo garantir o atendimento integral aos pacientes (diagnóstico, tratamento clínico, seleção, adaptação, fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual – AASI e terapias)⁴⁶.

A Atenção à Saúde Auditiva de Alta Complexidade constitui-se na referência para o diagnóstico das perdas auditivas e sua reabilitação em crianças até três anos de idade e em pacientes com afecções associadas (neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal), perdas unilaterais e daqueles que apresentarem dificuldade na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade. Tem como finalidade prestar assistência multiprofissional especializada às pessoas com doenças otológicas e em especial às pessoas com deficiência auditiva. Para tanto, o serviço deve dispor de equipamentos específicos, estrutura física, recursos humanos especializados e estar devidamente credenciado no SUS⁴⁹. Para este nível de complexidade a nova política estipula uma equipe mínima composta por dois otorrinolaringologistas; um neurologista e/ou neuropediatra; um pediatra e/ou neuropediatra; seis fonoaudiólogos (três com experiência em reabilitação auditiva e três com especialização em audiologia), um assistente social e um psicólogo. Com essa equipe o serviço poderá protetizar até 100 (cem) pacientes/mês, devendo garantir o atendimento integral aos pacientes (diagnóstico, tratamento clínico, seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual – AASI e terapias)⁴⁶.

A distribuição de estabelecimentos credenciados para atenção à saúde auditiva deve considerar o nível de complexidade dos serviços existentes e sua capacidade técnica operacional, assim como a série histórica de atendimentos realizados, levando em conta a demanda e os mecanismos de acesso à referência e contra-referência⁴⁶.

No decorrer do processo de implementação da PNAS, foram se estabelecendo outras portarias:

Portaria nº 68 de 25 de janeiro de 2005: institui uma Câmara Técnica da Atenção à Saúde Auditiva, com a finalidade de proceder à implantação da Política Nacional de

Atenção à Saúde Auditiva, bem com rever e atualizar as normas, parâmetros e procedimentos da Tabela do Sistema Único de Saúde – SUS.

Portaria nº 626, de 23 de março de 2006: define os limites físicos e financeiros dos estados e municípios.

Portaria nº 323, de 11 de maio de 2006, habilita o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade e Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade.

Portaria nº 308, de 10 de maio de 2007 estabelece novos valores aos AASI, considerando aprovação dos membros da Câmara Técnica de Saúde Auditiva.

Portaria nº 389 de 3 de março de 2008 redefine os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e os limites físicos e financeiros dos Estados, Distrito Federal e Municípios foi republicada no DOU n. 65 de 04/04/08 por ter saído, no DOU n. 43 de 04/03/08 com incorreção no original.

3.2-A PNASA no Rio de Janeiro

No Estado do Rio de Janeiro, após a criação da PNASA, foi instalada a Câmara Técnica de Atenção a Saúde Auditiva que, dentre suas realizações, introduziu parâmetros para regionalização, hierarquização, definição do quantitativo de unidades por habitantes, e elaborou o plano regional de prevenção, tratamento e reabilitação auditiva com informações sobre a população a ser atendida por polo, fluxos, regulação, dentre outros.

Com o intuito de auxiliar os gestores de saúde na organização dos fluxos e na própria regulação dos procedimentos que geram Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC, a Câmara Técnica elaborou o Manual para Orientação e Organização da Rede de Atenção à Saúde Auditiva, aprovado pela comissão intersetorial bipartite em dezembro 2005⁵⁰.

A portaria nº. 587 estabelece que deva haver um serviço para cada 1.500.000 habitantes na distribuição dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média e na Alta Complexidade. Para garantir a assistência às pessoas portadoras de deficiência auditiva nos estados cuja população é inferior a 1.500.000 habitantes foi estipulado um serviço e nos estados cuja população esteja entre 2.000.000 e 3.000.000 habitantes foram estipulados dois serviços⁴⁶.

Aqueles estados que solicitarem credenciamento/habilitação de mais de um serviço, poderão distribuí-los, a critério do gestor, de forma que até 50% (cinquenta por cento) deles sejam Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade.

A ata da Reunião da 2ª Reunião da CIB/RJ, em 2007, aponta que pela população estimada pelo IBGE/2004 o Rio de Janeiro deveria ter no máximo nove serviços, mas com o aumento populacional o teto passou de nove para dez ⁵¹.

Portanto, na reunião da Câmara Técnica foi aprovada a Rede de Atenção à Saúde Auditiva do Estado do Rio de Janeiro que previa o estabelecimento de uma rede com 10 unidades para todo o Estado. Entretanto, a gestão da Secretária de Saúde definiu a criação de 14 unidades, estando as quatro adicionais concentradas no município de Duque de Caxias ⁷.

Para Lima ⁵² “(...)a CIB/RJ aparece como uma instância por vezes benéfica para a implementação de medidas, devido a possibilidade de negociação, aprovação e aceite dos municípios. Por outro lado, diminui a agilidade na execução de propostas por exigir um longo processo de discussão e pactuação. Isto pode explicar as diversas posturas e a irregularidade da participação dos Secretários de Estado de Saúde na CIB/RJ”

Assim, com a entrada dessas novas unidades, toda organização e lógica de referência e contra-referências prevista pela Câmara Técnica foi desestruturada, pois estas não apresentavam plena organização e foram habilitadas sem uma lógica de referência de encaminhamentos ⁷. Fato que corrobora com as idéias de Silva & Melo¹⁰ que formuladores de política não controlam nem muito menos têm condições de prever contingências que podem afetar o desenvolvimento da política, durante a implementação. Muitas vezes as influências políticas supostamente minam a racionalidade técnica dos planos e programas.

Para representantes da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, embora a política esteja bem estabelecida no estado, alguns programas sofrem a dificuldade de ser implantados devido a cortes orçamentários estabelecidos por parte de alguns gestores e conflitos entre as secretarias estaduais e municipais ⁷.

Atualmente, a rede de saúde auditiva no Estado do Rio de Janeiro está distribuída, em seis polos: a região norte, noroeste, metropolitana (que envolve a baixada fluminense), metropolitana I (com Rio de Janeiro), metropolitana II (com Niterói e São Gonçalo); e Médio Paraíba (Quadro 1 e Quadro 2).

Quadro 1: Distribuição da rede de saúde auditiva na Média Complexidade no Estado do Rio de Janeiro

Pólo	Região	População	Média Complexidade	
			Unidade	Quantidade
I	Metropolitana I Município do Rio de Janeiro	6.136.566	CMS Belisário Pena	1
			CMS Waldyr Franco	1
			CMS Milton F. Margarão	1
II	Metropolitana I Baixada Fluminense	3.915.985	SASE- Duque de Caxias	1
III	Metropolitana II, Serrana, Baixada Litorânea	2.127.666	ABRAE de São Gonçalo	1
IV	Centro Sul, Médio Paraíba, Baía da Ilha Grande	1.376.829	-	-
V	Norte, Baixada Litorânea	1.306.448	-	-
VI	Noroeste, Serrana	668.136	APAE de Natividade	1
TOTAL		15.531.630		6

Fonte: Oficina de políticas públicas para saúde Auditiva, 2008

Quadro 2: Distribuição da rede de saúde auditiva na Alta Complexidade no Estado do Rio de Janeiro

Pólo	Região	População	Alta Complexidade	
			Unidade	Quantidade
I	Metropolitana I Município do Rio de Janeiro	6.136.566	HU Clementino Fraga Filho - UFRJ	1
II	Metropolitana I Baixada Fluminense	3.915.985	Inst. De Audiologia Sta. Catarina - Duque de Caxias	3
III	Metropolitana II, Serrana, Baixada Litorânea	2.127.666	Poloc. Espec. Silvio Picanço de Niterói	3
IV	Centro Sul, Médio Paraíba, Baía da Ilha Grande	1.376.829	Sta. Casa - Barra Mansa	1
V	Norte, Baixada Litorânea	1.306.448	Hospital Geral de Guarús	1
VI	Noroeste, Serrana	668.136	-	-
TOTAL		15.531.630		7

Fonte: Oficina de políticas públicas para saúde Auditiva, 2008

Esta pesquisa foi concentrada na Região Metropolitana I, município do Rio de Janeiro, onde foi habilitada, em junho de 2006, uma unidade de média complexidade no Centro Municipal Waldyr Franco. A unidade de alta complexidade do município existente, o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ teve sua habilitação concedida pela Portaria n° 290 de 30 de abril de 2007.

As unidades de média complexidade dos Centros Municipais Belizário Pena e Milton Fontes Magarão só foram habilitadas recentemente pela Portaria n° 485, de 09 de setembro de 2008.

4-CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Com o objetivo de obter uma compreensão abrangente do processo de implementação da Política Nacional de Saúde Auditiva, estudamos unidades pertencentes ao Município do Rio de Janeiro, desde o período de sua habilitação pelo Ministério da Saúde até o mês de dezembro de 2008.

Através de levantamento inicial, identificou-se que até o princípio da pesquisa apenas duas unidades de atendimento estavam habilitadas no município do Rio de Janeiro, uma de média complexidade: Centro Municipal Waldyr Franco (habilitada pela Portaria nº450 de 16 de junho de 2006), e uma de alta complexidade, localizada no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – HUCFF-UFRJ (habilitada pela Portaria nº 290 de 30 de abril de 2007). A Portaria nº. 587 da PNASA prevê uma equipe mínima para média complexidade de um médico otorrinolaringologista, quatro fonoaudiólogos (sendo pelo menos dois com qualificação em audiologia e dois para terapia), e uma equipe mínima para Alta Complexidade com dois médicos otorrinolaringologistas e seis fonoaudiólogos (três com experiência em audiologia e três com experiência em reabilitação auditiva).

Em setembro de 2008, foram habilitadas no município mais duas unidades de média complexidade. Entretanto, a pesquisa já encontrava-se em desenvolvimento, e com a devida aprovação nos Comitês de Ética (anexo 7 e 8). Além disso, é necessário um tempo para que as unidades recém habilitadas se organizem. Por estas razões, somente as duas unidades habilitadas anteriormente foram abordadas nesse estudo.

A análise do processo de implementação abrange o estudo da dinâmica das ações dos atores envolvidos e tem como objetivo identificar obstáculos e elementos facilitadores, assim como o grau de adesão e resistência dos agentes implementadores ao programa proposto¹².

O estudo envolveu duas etapas:

A primeira etapa incluiu entrevistas semi-estruturadas com atores-chave para uma descrição das unidades de saúde em estudo. Os atores selecionados fazem parte de dois grupos: profissionais de saúde envolvidos no atendimento de pacientes com problemas auditivos e usuários da Política. Foram elaborados dois roteiros para direcionar as entrevistas com cada um dos grupos (Anexo 1 e 2).

No que se refere aos profissionais, foram selecionados os Fonoaudiólogos e Otorrinolaringologistas, pois estes estão particularmente envolvidos na implementação

e funcionamento dessas unidades. Como critério de inclusão foi levado em consideração o fato de o profissional pertencer ao programa de saúde auditiva, uma vez que nas duas unidades existem profissionais atuando em outras atividades, que não necessariamente envolva a saúde auditiva. Além disso, este deveria aceitar participar, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. A amostra selecionada em cada unidade foi de um profissional otorrinolaringologista e dois fonoaudiólogos, sendo um ligado ao ambulatório de audiologia e outro responsável pela reabilitação, buscando atingir assim, os principais setores abarcados pela política. Nas entrevistas os principais temas abordados foram: participação do profissional no processo, posição frente à implementação do programa, resistências, adesões, histórico e etapas da implantação, especificidade da organização dos serviços, dificuldade do funcionamento, sistema de referência e contra-referência, os principais avanços já estabelecidos.

No que diz respeito aos usuários, participaram da seleção os indivíduos que utilizavam os serviços de saúde auditiva das unidades estudadas, ou em caso de menores de idade, seus responsáveis, assim como os profissionais, estes só poderiam participar se aceitassem os termos estabelecido no TCLE. A amostra foi definida com base no critério de saturação⁵³ da informação, no qual o pesquisador verifica a formação de um todo e reconhece a reconstituição do objeto no conjunto do material. Assim, a saturação ocorre quando, passado certo número de entrevistas, o pesquisador tem a impressão de que a apreensão do objeto está contemplada em suas semelhanças e diferenças, ou seja, o entrevistador percebe que não há novidades expressivas nas informações em relação aos dados já obtidos. A participação dos usuários nesta pesquisa consistiu em fornecer informações a respeito do processo de implantação e funcionamento da Política de Atenção a Saúde Auditiva, na unidade em que recebe atendimento, como a exploração de três aspectos principais: fornecer informações a respeito de questões relativas ao acesso do atendimento, verificando-se dificuldades e facilidades do tratamento, distância entre a residência e a unidade de serviço, bem como número de estabelecimentos procurados; tempo transcorrido da identificação do problema até o início da terapia fonoaudiológica; e satisfação do usuário com a terapêutica.

As entrevistas foram gravadas em mp3, e depois de transcritas e analisadas pela mestrandia foram devidamente apagadas.

A segunda etapa refere-se à coleta de dados desde o início da habilitação de cada unidade até a época da realização da pesquisa; buscando caracterizar a demanda

existente, a partir das variáveis: número de pacientes atendidos, sexo, idade, etiologia, histórico familiar relacionado à perda auditiva, tempo de perda, com ênfase na análise da resolubilidade dada. Entre as possibilidades desta estão: considerar se o paciente é elegível ou não para o programa, segundo a portaria que o normatiza. Caso seja, qual a conduta encontrada no prontuário: se ficou na média complexidade, se foi encaminhamento a alta complexidade, se é candidato ao uso de prótese auditiva ou provável candidato ao uso de implante coclear. Além disso, essas possibilidades variam conforme as unidades.

Para dialogar com as informações obtidas, foi realizada uma revisão bibliográfica, utilizando-se a legislação envolvida com a PNASA, contemplando as possíveis legislações existentes nos municípios do Rio de Janeiro, bem como os materiais das diversas instituições: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, Academia Brasileira de Audiologia, Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, Sociedade Brasileira de Otologia. Foram utilizados ainda, periódicos indexados e dados de organismos internacionais como Organização Mundial de Saúde.

5-RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Prefeitura do Rio dividiu o município em cinco Áreas de Planejamento (AP) para atender administrativamente os bairros. As APs, por sua vez, estão divididas em Regiões Administrativas, de acordo com a proximidade e as particularidades urbanas, assim podendo atender às necessidades da cidade de forma geral.

Durante o estudo buscou-se estabelecer um panorama geral da origem dos atendimentos das duas unidades. Para tanto, inicialmente os dados foram computados separadamente, identificando assim o atendimento por unidade. Posteriormente, esses dados foram agregados, dando origem a um mapa para melhor visualização que pode ser visto mais adiante. O quadro 3 revela um panorama da origem dos pacientes atendidos na unidade de média complexidade.

Quadro 3: Número de casos atendidos na média complexidade por Área de Planejamento do município do Rio de Janeiro 2006-2008

AP 1	Total = 3	AP 2	Total = 17	AP 3	Total = 65	AP 4	Total = 30	AP 5	Total = 422
Centro	1	Alto da Boa Vista	1	Irajá		Barra da Tijuca	2	Bangu	188
Catumbí	1	Copacabana	2	Coelho Neto	1	Jacarepaguá	12	Realengo	43
Estácio	1	Ipanema	1	Rocha Miranda	1	Vila Valqueire	1	Campo Grande	29
		Andaraí	1	Madureira	3	Taquara	5	Santíssimo	22
		Tijuca	7	Oswaldo Cruz	1	Freguesia	1	Cosmos	4
		Glória	1	Bento Ribeiro	2	Curicica	3	Padre Miguel	44
		Vila Isabel	3	Ilha do Governador	11	Recreio	2	Sepetiba	4
		Rocinha	1	Ricardo de Albuquerque	1	Itanhangá	2	Paciência	8
				Bonsucesso	2	Cidade de Deus	2	Magalhães Bastos	4
				Inhaúma	1			Deodoro	2
				Vaz Lobo	1			Inhoaíba	5
				Piedade	2			Senador Vasconcelos	7
				Engenho de Dentro	1			Senador Camará	50
				Méier	3			Santa Cruz	6
				Engenho Novo	2			Guaratiba	6
				Riachuelo	4				
				Manguinhos	2				
				Ramos	2				
				Penha	4				
				Brás de Pina	2				
				Cordovil	2				
				Anchieta	6				
				Guadalupe	3				
				Marechal Hermes	3				
				Pavuna	1				
				Costa Barros	1				

O conhecimento sobre a área onde se encontra o maior número de pacientes que necessitem do serviço é de extrema importância, pois permite aos gestores estabelecer os parâmetros para regionalização, hierarquização, definição do quantitativo de unidades por número de habitantes, e elaborar o plano regional de prevenção, tratamento e reabilitação auditiva com informações sobre a população a ser atendida. Os dados do quadro 3 indicam que a grande maioria dos pacientes reside na AP5,

especificamente em Bangu, bairro onde está localizada a unidade. A localização, e não propriamente a incidência de casos, pode explicar uma procura maior da unidade por pessoas que moram nas proximidades e conhecem o serviço. Apenas 4% dos pacientes atendidos são de outros municípios.

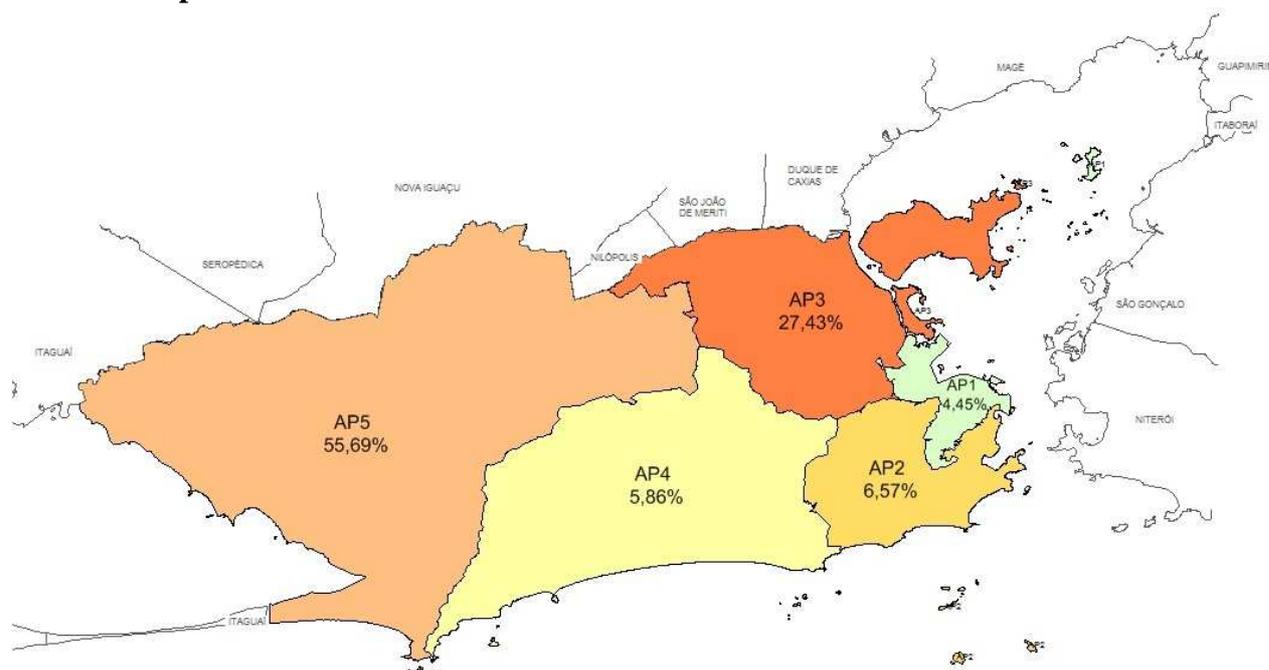
O quadro 4 apresenta o total de pacientes por região de origem dos atendimentos da alta complexidade. Assim como na média complexidade, observa-se uma concentração maior de casos residentes na região AP3, onde a unidade está localizada. A AP5, área onde se localiza a unidade de média complexidade é responsável pelo segundo lugar em termos de número de pacientes atendido pela alta complexidade. Na alta complexidade é atendido um grande número de pacientes residentes em outros municípios, cerca de 20% .

Quadro 4: Número de casos na Alta Complexidade por Áreas de Planejamento do município do Rio de Janeiro

AP 1	Total = 35	AP 2	Total = 39	AP 3	Total = 172	AP 4	Total = 20	AP 5	Total = 53
Benfica	3	Alto Da Boa Vista	1	Anchieta	2	Barra Da Tijuca	1	Bangu	8
Caju	4	Andaraí	1	Bonsucesso	12	Curicica	3	Campo Grande	13
Catumbi	2	Botafogo	6	Brás De Pina	9	Jacarepaguá	8	Cosmos	1
Centro	5	Catete	1	Cachambi	2	Taquara	4	Deodoro	1
Estácio	2	Copacabana	7	Coelho Neto	2	Vargem Grande	1	Guaratiba	5
Mangueira	1	Cosme Velho	1	Cordovil	8	Vargem Pequena	2	Inhoaíba	1
Rio Comprido	5	Flamengo	5	Del Castilho	5	Vila Valqueire	1	Paciência	4
Santa Teresa	6	Glória	1	Engenho Da Rainha	2			Padre Miguel	1
Santo Cristo	1	Grajaú	3	Guadalupe	3			Realengo	8
São Cristóvão	5	Jardim Botânico	2	Inhaúma	2			Santa Cruz	4
Saúde	1	Leblon	7	Irajá	7			Santíssimo	2
		Tijuca	9	Jacaré	3			Senador Camará	4
		Vila Isabel	1	Ilha do Governador	35			Sepetiba	1
				Madureira	2				
				Manguinhos	7				
				Méier	2				
				Olaria	10				
				Oswaldo Cruz	2				
				Pavuna	7				
				Penha	11				
				Ramos	11				
				Riachuelo	2				
				Rocha Miranda	5				
				Vista Alegre	3				
				Outros	18				

Organizar o sistema de saúde, os serviços de assistência e a Atenção à Saúde como um todo, na lógica da responsabilidade sanitária, pressupõe o conhecimento da realidade local, o envolvimento dos cidadãos, dos profissionais e das instituições componentes do setor Saúde, e o compromisso dos gestores atuantes em determinado território, em especial os gestores públicos. Nesta lógica durante a análise, os dados foram computados e observados em cada AP. Depois da soma de número de casos das duas unidades observadas, foram calculadas as percentagens encontradas, o resultado encontra-se no mapa a seguir:

Figura 3: Mapa com a distribuição de casos atendidos nas áreas de planejamento do município do Rio de Janeiro



Fonte: Rio Atlas- Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro – versão 2005.

No total de caso computados nas duas unidades observa-se maior concentração na AP5. Hoje, existem três unidades de média complexidade localizadas nessa região. A segunda maior concentração é AP3 onde localiza-se a unidade de alta complexidade do município. Deste modo, pode se considerar que a distribuição de unidades pelo município está compatível com a origem do problema.

Pelas características*¹ diferenciadas de cada unidade, optou-se pela apresentação dos demais resultados de forma distinta. A princípio serão apresentados resultados e discussão referentes a unidade de Média Complexidade. Posteriormente, será realizado o debate com os dados encontrados na unidade de Alta Complexidade.

* As características da Alta Complexidade e Média Complexidade são relatadas no capítulo de exposição da Política de Saúde Auditiva

5.1-Média Complexidade

O Serviço de Atenção à Saúde Auditiva de Média Complexidade do Centro Municipal Waldyr Franco, foi habilitado em abril de 2006, entretanto suas atividades só iniciaram efetivamente em 2007.

5.1.1-Organização do serviço:

A unidade possui um prontuário do setor para cada paciente, contendo as informações sobre quadro clínico e conduta terapêutica, escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável ao atendimento. Os profissionais entrevistados consideram essa organização satisfatória.

A portaria nº. 587 preconiza que a unidade neste nível de complexidade deve ofertar para pacientes externos referenciados no mínimo duzentos e vinte quatro consultas de otorrinolaringologia (ORL) por mês, das quais cento e doze pacientes já deveriam chegar com os exames audiológicos prontos e outros cinquenta por cento poderão ser consultados e autorizados para a realização de exames na unidade. Entretanto, os profissionais relatam que isto não funciona de maneira satisfatória, pois, como uma das portas de entrada é através da livre demanda, a maioria dos pacientes que chegam à unidade necessita da realização do exame auditivo⁴⁶.

Quanto ao número de protetizações recomendado pela portaria, os entrevistados afirmam:

“Nós temos que atender sessenta pacientes por mês, mas não podem passar de cem próteses. Na última reunião foi cogitada a possibilidade de ocorrer um aumento nesse número de atendimentos, mas até agora não tem nada oficial”
(Fono 1, 2008).

Quanto aos recursos humanos a unidade conta com um responsável técnico, com nível superior, devidamente habilitado.

O Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade deveria apresentar uma equipe multiprofissional que incluísse: médico otorrinolaringologista, fonoaudiólogos, assistente social e psicólogo. No entanto, a unidade dimensiona a sua equipe fora dos parâmetros instituídos pela Política. Enquanto os setores de ORL e o setor de fonoaudiologia (audiologia e reabilitação) estão em conformidade com a equipe mínima necessária, nosso estudo não identificou profissionais da área de psicologia e assistência social, o que desrespeita a condição estabelecida na portaria 587 que determina a garantia da avaliação e da terapia psicológica, além do atendimento em serviço social, com orientações à família e à escola⁴⁶.

Assim, os profissionais que compõem a Política nesta unidade são: cinco fonoaudiólogos, um otorrinolaringologista e pessoal do setor administrativo. Entre as fonoaudiólogas, três estão na reabilitação, e duas na audiologia. Uma das profissionais da reabilitação será deslocada para ser suplente no atendimento audiológico. Todos possuem especialização necessária para o pleno exercício de seus cargos, estando em conformidade com a capacitação exigida na portaria normatizadora da política.

5.1.2-Estrutura física:

O Serviço dimensiona a sua estrutura física de acordo com a equipe multiprofissional apresentando: sala para consulta médica, salas para avaliação e terapia fonoaudiológica, área para arquivo médico e registro de pacientes, depósito de material de limpeza e área para guardar materiais/equipamentos, sala com cabina acústica, com campo livre e equipamentos para avaliação audiológica. Todavia, as salas não apresentam revestimento acústico conforme determinação da política.

5.1.3-Materiais e Equipamentos:

A unidade apresenta dificuldade com materiais e equipamentos mínimos, pois apesar de possuir equipamento de emissões otoacústicas, atualmente, este não está em funcionamento, pois não apresenta programa compatível. Estes equipamentos são utilizados para a realização de triagem auditiva, importantíssima na participação de diagnósticos precoces. Roslyn-Jensen²² demonstrou que diagnósticos precoces e posteriores intervenções na deficiência auditiva podem evitar ou reduzir possíveis dificuldades com relação à linguagem, ao aprendizado, ao desenvolvimento cognitivo.

Os equipamentos de ganho funcional e de inserção também não se encontram em funcionamento desde o início do ano de 2008, não podendo ser realizada a avaliação da prótese auditiva do paciente. A não regulação prejudica bastante o sucesso do programa, fato corroborado com as idéias de Carvalho³⁴ e Morettin⁵⁴ que afirmam que o monitoramento dos resultados da adaptação ajudará a melhorar a qualidade do serviço prestado, uma vez que a análise do desempenho do paciente protetizado pode levar à criação de novas estratégias de atendimento.

Segundo Kuk et al⁵⁵ e Morettin⁵⁴, após a adaptação da prótese auditiva, cada serviço é responsável pelo periódico dos indivíduos adaptado para a realização do monitoramento audiológico da perda auditiva e verificação das condições da amplificação, além da orientação, treino do manuseio do AASI e de terapia fonoaudiológica, se necessário. Desta forma, após os indivíduos serem adaptados com

AASIs, estes devem retornar ao serviço para que seja realizado o acompanhamento, definindo quais as dificuldades encontradas com o uso sistemático da amplificação no decorrer da reabilitação, possibilitando a realização das modificações. Este acompanhamento deve ser feito principalmente nos primeiros meses de uso devido ao fenômeno de aclimatização, conceituado por Amorim & Almeida⁵⁶ como fenômeno em que a presença da estimulação auditiva pode conduzir a uma melhora na habilidade de reconhecimento de fala. Os pacientes devem ser orientados de que o benefício do AASI poderá não ser alcançado logo nos primeiros dias, pois sua audição precisará ser “reeducada”. Esta orientação pode evitar que muitos pacientes deixem de usá-los ou se sintam desestimulados ao uso.

Por conta do não funcionamento dos equipamentos para a realização do monitoramento, a fila de pacientes à espera desse serviço encontra-se extremamente grande. Como estratégia, a fonoaudióloga afirma que assim que forem solucionados os problemas com os equipamentos, os pacientes serão chamados para avaliação do ganho auditivo, tendo em vista a prioridade de atendimento das crianças em terapia na unidade, posteriormente as crianças de outras unidades, e, por fim, os adultos.

5.1.4-Fluxo de atendimento:

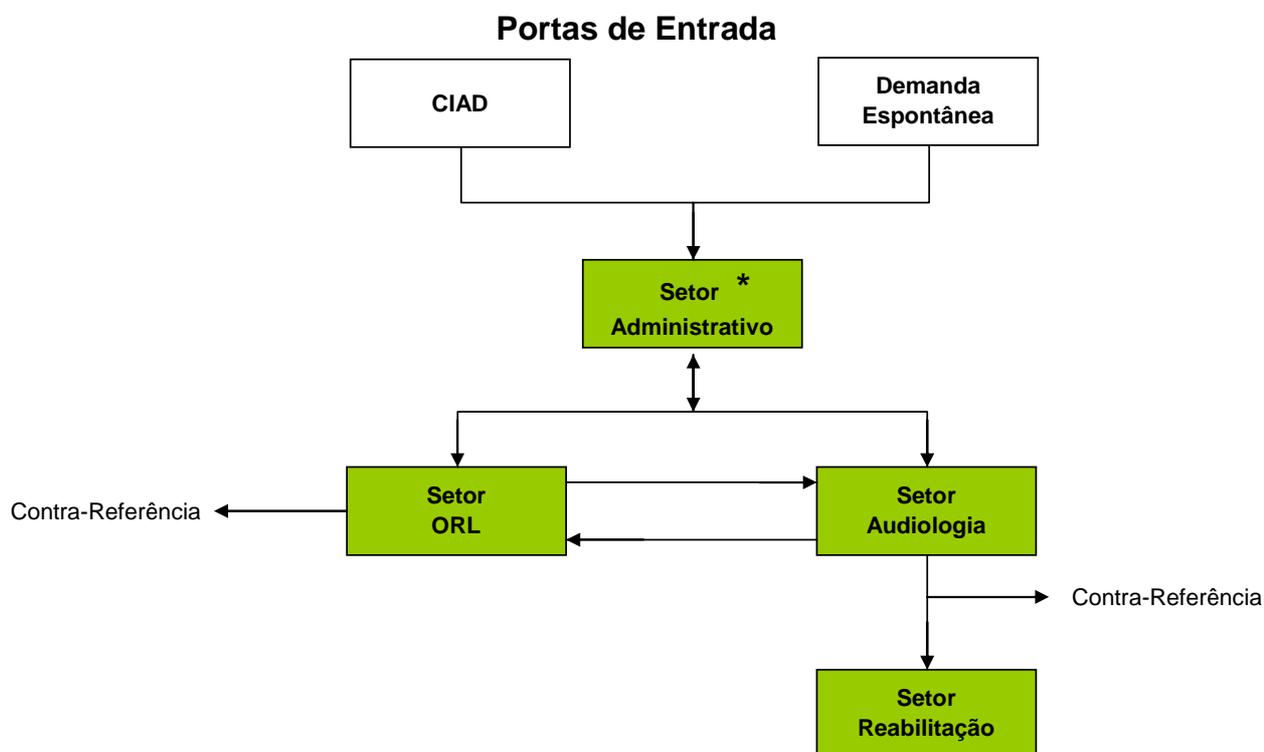
Conforme observado na figura 4 a seguir, a unidade apresenta duas portas de entrada: a primeira ocorre através de demanda espontânea e a segunda através do encaminhamento do CIAD - Centro Integrado de Atenção à Pessoa Com Deficiência.

Ao chegar ao posto, o paciente recebe um cartão da unidade e o cartão do SUS, caso ainda não o tenha. Os números de ambos os cartões vão para ficha de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC, a qual deve ser preenchida pela unidade para os faturamentos dos procedimentos realizados. O processo de atendimento dos pacientes da lista municipal ocorre de forma mais rápida do que os recebidos pela demanda espontânea. Ao chegarem à unidade, estes pacientes já estão cadastrados na coordenação municipal, portanto, eles são marcados na consulta ORL e como geralmente são candidatos à prótese, são encaminhados para realização de audiometria e pré-molde. Em contrapartida, os pacientes de livre demanda, após consulta com o ORL, quando necessário, são encaminhados ao setor de audiologia, retornam ao ORL, para que este analise se estes são ou não elegíveis a protetização e que melhor conduta deve ser adotada.

Estes pacientes necessitam esperar o número de cadastro municipal para ser liberada a protetização. O cadastramento é de suma importância, pois assim, a prefeitura

poderá estabelecer um controle, tanto em relação a organização dos fluxos, como na própria regulação dos procedimentos.

Figura 4: Fluxo de tratamento na unidade de Média Complexidade



As marcações em ambos os setores são realizados pelo setor administrativo. Após a protetização no setor de audiologia o paciente pode ser encaminhado para o setor de reabilitação da unidade ou contra-referenciado para um posto municipal mais próximo de sua residência.

Após a avaliação do caso, o ORL, pode adotar as seguintes condutas: atender e liberar o paciente quando o problema é solucionado de maneira satisfatória, encaminhá-lo para o setor de audiologia para a realização de exame, ou contra-referenciá-lo para Unidade Básica ou para Alta Complexidade. Os pacientes que vêm através dos encaminhamentos da coordenação municipal já são cadastrados em vários postos

* Setor administrativo - funciona em um das salas reservadas para a Política de Saúde Auditiva no Centro Municipal Waldir Franco e trata-se de um setor de agendamento, onde são marcadas consultas para os setores de otorrinolaringologia ou fonoaudiologia, estabelecendo contato da unidade com o paciente.

municipais. Portanto, a partir do diagnóstico, os pacientes que necessitam de próteses auditivas são cadastrados na Coordenação de Reabilitação, que junto com a Central de Regulação do Município, providencia o processo de protetização: seleção, adaptação da prótese auditiva e acompanhamento.

A equipe inicialmente apresentou grande dificuldade nos preenchimentos das autorizações para a realização dos procedimentos, pois não foi realizado nenhum tipo de treinamento, ocorrendo muitas glosas. Outro problema enfrentado na unidade é que a versão do programa de preenchimento dessas autorizações sofre constantes modificações, dificultando ainda mais o processo.

5.1.5 - Caracterização da demanda:

Pela portaria 587, a média complexidade deverá realizar diagnóstico das perdas auditivas em crianças maiores que três anos, jovens, adultos e idosos com perda auditiva, respeitando as especificidades na avaliação e reabilitação exigidas por cada um desses segmentos⁴⁶.

Desde a habilitação da unidade em junho de 2006 até a realização da coleta de dados em outubro de 2008, foram atendidos cerca de 560 pacientes.

A reabilitação é restrita a crianças e adolescentes e, embora não exista uma fila de espera muito grande, nem todas são contempladas por falta de vagas. No setor encontram-se quinze crianças em atendimento individual, atendidas uma a duas vezes por semana, conforme a necessidade e dezesseis pacientes estão em atendimento no grupo de adolescentes. O atendimento em grupo permite que um número maior de pessoas tenha acesso à reabilitação, além de possibilitar o contato e a troca de experiências entre pessoas com conflitos e dificuldades semelhantes.

Preconizado pela portaria 587, o treinamento auditivo em adultos que deveria ocorrer em uma sessão individual, por semana, durante quatro semanas, para avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução, não está ocorrendo na unidade.

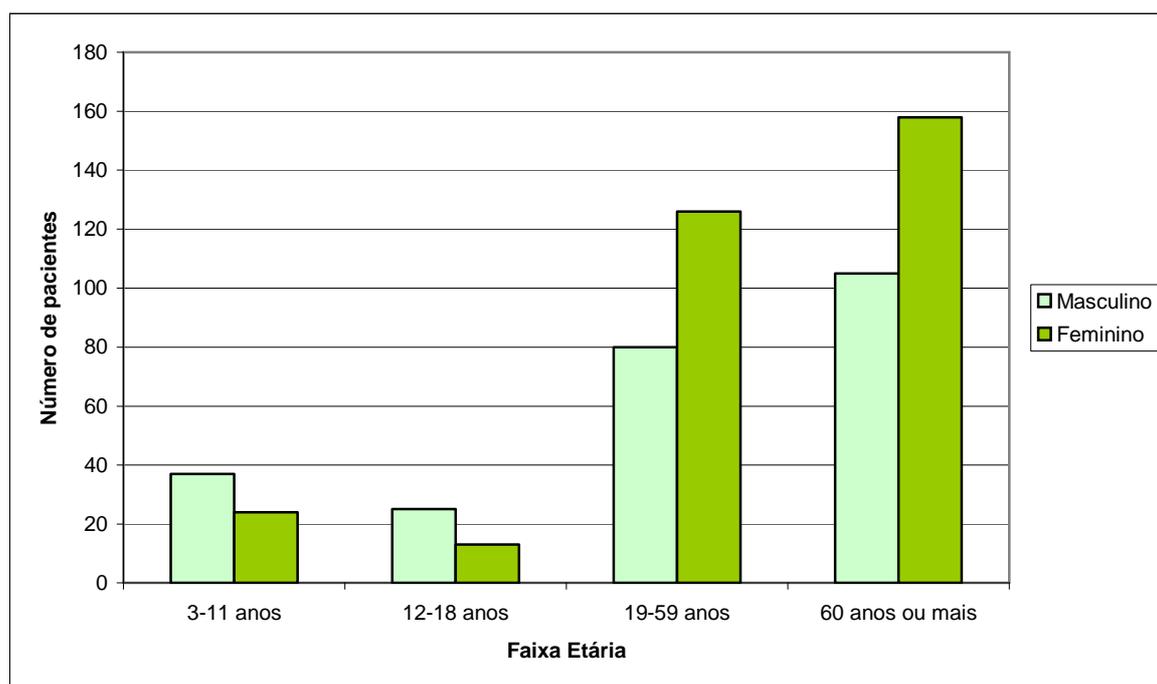
A fila de espera, segundo os profissionais não é muito significativa, o que é admirável tendo em vista, a dificuldade de contra-referência relatada por estes. Em entrevista com os responsáveis dos pacientes, verificou-se que após o ganho da prótese na unidade a maioria relatou não conseguir terapia, tendo procurado outras unidade só retornando ao posto após meses ou em alguns casos até anos depois.

Do ponto de vista de faixas etárias, verificou-se que uma grande parte dos pacientes da unidade de média complexidade está acima de 60 anos (gráfico 1), fato que

corroborar com os achados de Teixeira⁴⁹ e Carvalho⁵⁷ que em suas pesquisas sobre saúde auditiva, respectivamente nos estados de Pernambuco e Tocantins, constataram que grande número de pacientes atendidos pelas unidades de saúde eram idosos. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente⁵⁸, considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aqueles entre doze e dezoito anos de idade. A Política Nacional de Saúde dos Idosos⁵⁹ e o Estatuto do Idoso⁶⁰ definem idosos como as pessoas acima de 60 anos.

A participação da família no atendimento é fundamental, principalmente no caso de indivíduos idosos, que muitas vezes têm dificuldades de memorizar e explicar para as outras pessoas as informações recebidas sobre o uso do AASI, sendo necessário que pessoas que convivem com este indivíduo recebam orientação em relação ao uso e manuseio do AASI, além de orientação de estratégias de comunicação, ajudando no processo de reabilitação⁵⁴.

Gráfico 1: Número de pacientes da média complexidade por faixa etária 2006-2008



Como se observa no gráfico 1 o maior número de pacientes concentra-se entre os idosos, para Ribas & Costa⁶¹ uma das deficiências mais comumente observadas, nesta faixa etária, é a perda auditiva, normalmente chamada de presbiacusia. Esta população reclama não escutar bem ou de escutar, mas não compreender o que escuta, sendo muitas vezes necessária a adaptação de aparelhos auditivos

A não realização de atendimento integral, com acompanhamento, adaptação e treinamento auditivo em pacientes adultos e idosos na unidade demonstra um retrocesso

na instituição da política que preconiza uma visão mais ampla, além disso, este fato prejudica os usuários tendo em vista, que Almeida *et al*⁶² em estudo sobre qualidade de vida de adultos e idosos pós-adaptação de próteses auditivas, revelam que os resultados apresentados evidenciam que a qualidade de vida dos indivíduos que compuseram a amostra melhorou após a adaptação da prótese auditiva, e o acompanhamento deste pacientes, durante sua reabilitação.

Poucos estudos nacionais discutem a não adesão ao uso do AASI e as suas causas, sendo o envolvimento desses indivíduos e da família insatisfatório no processo de reabilitação audiológica em muitos programas nacionais. Há dificuldade de conscientização, tanto por parte do usuário como da sua rede de saúde, quanto à importância do acompanhamento e aconselhamento no decorrer do processo de reabilitação⁶³.

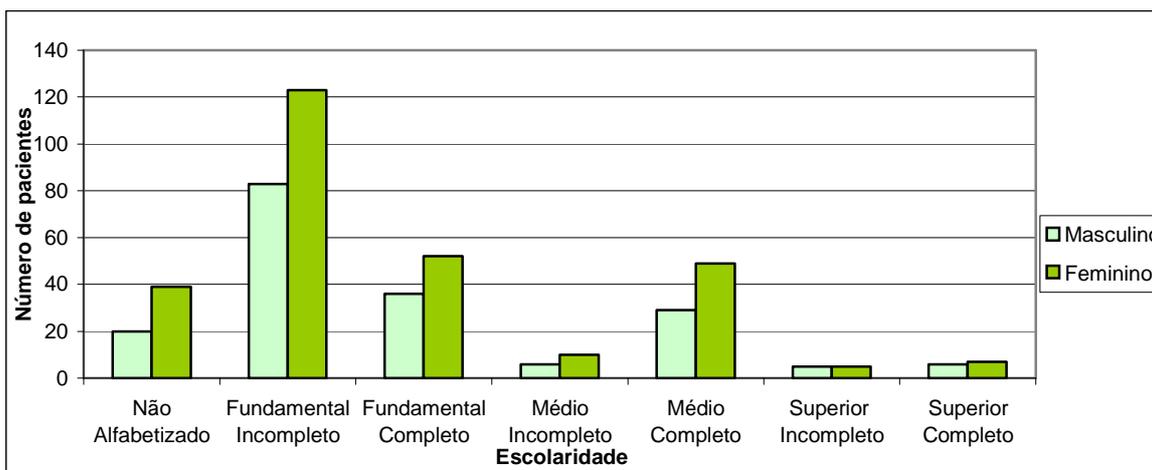
De acordo com Januário⁶⁴, a audição é fundamental para a aquisição e desenvolvimento da linguagem. A realização da triagem auditiva (TAN) de rotina é a única estratégia capaz de detectar precocemente alterações auditivas e possibilitar o diagnóstico e a intervenção precoces, possibilitando assim, suavizar as conseqüências da perda auditiva.

Contudo, a preocupação não é observada na unidade estudada, pois, verificou-se que a incidência de intervenção precoce foi baixa, tendo em vista os números reduzidos de pacientes na faixa etária de 3-11 anos. A reduzida incidência de identificação precoce foi encontrada em outros estudos, nos quais os identificados em idade inferior a um ano foram apenas 7% dos indivíduos para uma população de 1497 pacientes com problemas auditivos e 8,81% dos indivíduos identificados em idade inferior a um ano para uma população de 2545 crianças com suspeita de perda auditiva e/ou distúrbios da comunicação^{65,66}.

De acordo com Azevedo⁶⁷, a prevalência da deficiência auditiva de origem coclear obtida em estudos nacionais aponta que a cada mil recém-nascidos, dois a seis apresentam algum tipo de perda auditiva. Quando analisada a prevalência de perdas auditivas em nascimentos de alto risco, esta cresce para 1 em 50 nascimentos⁶⁸.

No Gráfico 2 observa-se o grau de escolaridade das faixas etárias de adultos e idosos, os pacientes em ambos os sexo, apresentam maior escolaridade no ensino fundamental incompleto. O nível de escolaridade superior encontra-se uma incidência bastante reduzida. A pouca escolaridade podem contribuir para a falta de compreensão das orientações sobre uso e manipulação dos AASIs e seu conseqüente abandono⁵⁷.

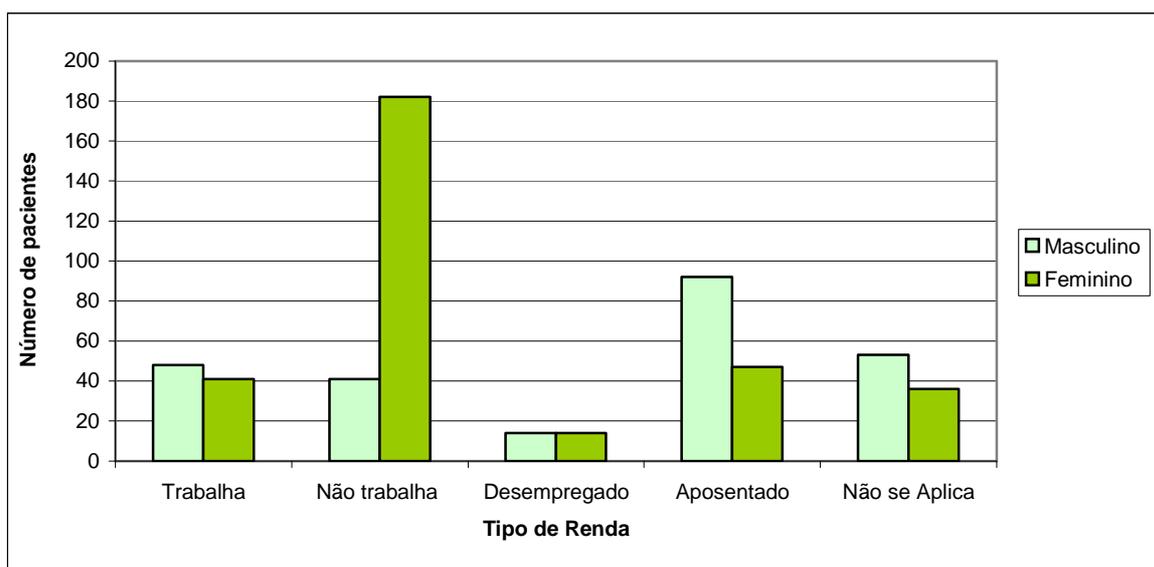
Gráfico 2: Número de pacientes adultos (19 a 59 anos) e idosos (mais de 60 anos) da média complexidade por escolaridade 2006-2008



Quanto às ocupações mais observadas, estão: donas de casa (23%), estudantes (20%), motoristas (5,3%), auxiliares de serviços gerais (7%) e outras com menor incidência.

É grande a incidência de aposentados, principalmente no que diz respeito ao público masculino, o que parece estar relacionado ao perfil etário dos pacientes (predominância de maiores de 60 anos). A grande maioria dos pacientes do sexo feminino relata não trabalhar, o que demonstra uma grande incidência de donas de casa.

Gráfico 3: Dados ocupacionais na Média Complexidade dos pacientes atendidos 2006-2008

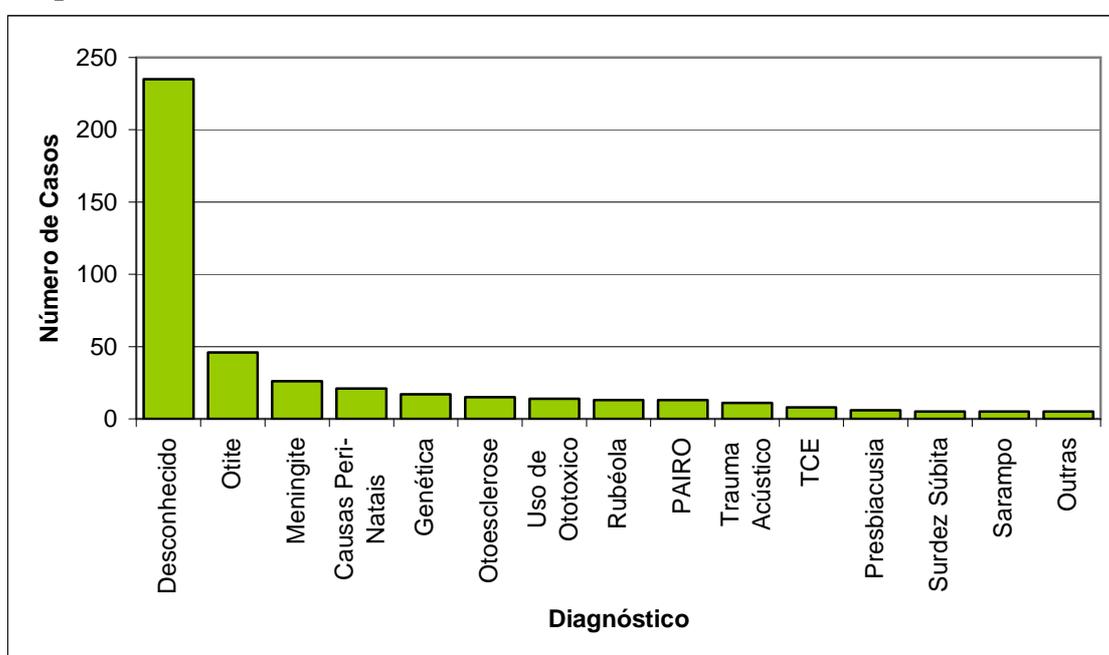


Vários autores afirmam que o conhecimento de aspectos a respeito do diagnóstico, etiologia e características, pode minimizar a elevada incidência das perdas auditivas e oferecer melhores possibilidades de intervenção precoce^{69, 70,71,72,82,89}.

De acordo com Teixeira⁴⁹ as causas atribuídas para as perdas auditivas variaram de acordo com a natureza do problema e com o sexo do entrevistado.

A análise dos prontuários revelou que as etiologias mais observadas na unidade são (gráfico 4): desconhecido (55,5%), otite média crônica (9,2%), causas perinatais (8,4%), alterações auditivas pós-meningite (8%), PAIRO (3,5%), otosclerose (3,%) e outras com menor incidência.

Gráfico 4: Número de casos por diagnóstico dos pacientes atendidos na média complexidade 2006-2008



Ainda que a presbiacusia tenha sido apontada pelos profissionais como principal causa de perda auditiva entre os pacientes da unidade-, durante a observação dos dados foi encontrada maior incidência em etiologias desconhecidas, ficando a presbiacusia em décimo primeiro. Fato que nos remete a pensar que o nexos causal pode não ter sido estabelecido de modo satisfatório, pois a maioria dos pacientes atendidos são idosos, e muitos autores apontam o declínio progressivo da audição em função da idade, como principal causa entre os pacientes desta faixa etária^{15,31,73}.

Em segundo lugar aparecem as doenças infecciosas, que segundo o formulário de emissão de laudo do Ministério da Saúde da portaria 589, são definidas como: rubéola congênita, meningite, toxoplasmose, sarampo, caxumba, e outras⁴⁷. Nos dados

encontrados mais de cinquenta por cento dos casos de doenças infecciosas estão relacionadas à meningite, ficando a rubéola congênita em segundo lugar com vinte e sete por cento dos casos.

A otite apesar de ser uma doença infecciosa, na separação do laudo da portaria não foi classificada nesta categoria, talvez por se tratar de uma infecção específica do ouvido em relação as outras que podem ter várias conseqüências além da auditiva. Ela tem maior incidência em crianças de 6 meses até 6 anos. Os fatores perinatais associados à perda auditiva abrangem: 1) anóxia, 2) prematuridade com peso abaixo de 1500 gramas, 3) hiperbilirrubinemia, 4) traumatismo cranianos 5) trauma sonoro. Ao nascer, o bebê deve passar por uma análise auditiva, pois existem causas de origem genética, por exemplo, que são detectadas apenas após o nascimento^{68,69}.

A otoesclerose é um distúrbio hereditário que envolve o crescimento de um osso esponjoso no ouvido médio. Este crescimento impede a vibração do estribo em reposta às ondas sonoras, causando, portanto perda auditiva, a maioria dos casos, só é percebida na idade adulta⁸⁹.

Quanto aos diagnósticos do uso de ototóxicos, é importante destacar que medicamentos e antiinflamatórios devem ser tomados sempre com orientação médica, pois alguns remédios em dosagem mais elevada e de uso prolongado podem levar à perda auditiva⁷⁴.

No gráfico 4 pode-se observar pouquíssimos diagnósticos de perdas auditivas induzidas por ruído ocupacional- PAIRO, sendo que no art. 5º da Portaria nº. 587 da PNASA estabelece que as Secretarias de Estado da Saúde, em conjunto com os Municípios, ao constituírem as suas Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva, estabeleçam os fluxos e mecanismos de referência e contra-referência, inclusive com os centros da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST. Esta determinação não tem sido observada, pois, durante os atendimentos, a otorrinolaringologista relata sempre procurar investigar a etiologia do problema observado, buscando estabelecer o nexos causal. Entretanto, embora esteja atenta à possibilidade da relação entre perda auditiva e a ocupação, quando observa um nexos causal ocupacional a profissional relata não fazer nenhum tipo de orientação. O fato demonstra que ainda faltam diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva para o trabalhador e a necessidade de ações conjuntas a serem executadas entre a PNASA e a RENAST.

5.1.6-Processo de Implementação

Sobre o processo de implementação, os profissionais entrevistados relataram que na época da escolha da unidade para promover o implemento da Política de Saúde Auditiva, o Centro Municipal Waldir Franco era a unidade que mais oferecia as condições exigidas pela portaria, tanto com relação ao número de profissionais (já existiam o setor de otorrinolaringologista e de fonoaudiologia) quanto à disponibilidade de espaço físico. Os funcionários foram informados que o Waldir Franco passaria por uma triagem, assim como outros centros municipais de saúde, para observar se este preenchia os requisitos da Política. Esta vistoria é importante, pois, na portaria 587 que normatiza a política, para que o processo de credenciamento dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média e na Alta Complexidade seja realizado pelo gestor estadual ou municipal em Gestão Plena do Sistema são necessários alguns documentos, e entre eles estão: o relatório de vistoria realizado pela Vigilância Sanitária local e cópia da Licença de Funcionamento; e relatório de vistoria realizado pelo gestor⁴⁶.

A implementação da ação governamental de acordo com Silva e Melo¹⁰ deve funcionar como uma via de mão dupla onde a implementação de ações com vistas à obtenção de metas definidas no processo de formulação das políticas devem ser monitoradas permitindo correções de rotas. Todavia, a visão clássica ou canônica da implementação da ação governamental não considera o ciclo de política como um processo, ou seja, a implementação é entendida como uma única via, onde a ação governamental, expressa em programas ou projetos de intervenção é implementada de cima para baixo (top down). A ideia de implementação em única via descrita pelos autores, foi observada na média complexidade, pois, durante a entrevista os profissionais relataram que o processo de implementação da Política de Saúde Auditiva na unidade, foi vivido como algo apresentado hierarquicamente pelos superiores o que remete a uma visão clássica e linear como relatado na literatura. Depreende-se que essa não participação direta não foi vista como um entrave pelos profissionais de saúde. Portanto, embora não tenham participado do processo de discussão da política, eles a absorveram de modo satisfatório.

Um importante objetivo dos estudos de implementação, segundo Perez¹², é a identificação e análise dos fatores facilitadores e limitantes do processo de execução de determinada política. A partir da análise das entrevistas realizadas são apresentados fatores facilitadores e os principais avanços, além de fatores limitantes da implementação da PNASA segundo a percepção de atores-chave envolvidos no processo.

5.1.8-Quais os avanços e fatores facilitadores para Média Complexidade?

Os entrevistados consideram que a política possibilitou maior distribuição de prótese e um alcance maior da população principalmente de pacientes adultos, que eram negligenciados no passado. O uso destas pode amplificar o resíduo auditivo destes pacientes ajudando e melhorando sua audição. Esta idéia é fortalecida por Silva e Frasão⁷⁵ ao afirmarem que respeitando cada particularidade do paciente, o uso do AASI possibilita abrir novos horizontes que vão além da interpretação sonora.

Outro fator apontado como facilitador é o bom relacionamento entre os profissionais dos diferentes setores que compõem o programa, pois a harmonia entre a equipe de profissionais é fundamental no sucesso de qualquer atividade.⁷⁶

A capacitação profissional também é muito importante e para isso a equipe do setor de audiologia foi enviada ao sul do país, onde realizou um curso para obter conhecimento sobre a utilização do equipamento de ganho funcional. Os profissionais do setor de reabilitação receberam treinamento da equipe com um curso de aprimoramento através de um convênio firmado entre o município e a UFRJ. As fonoaudiólogas da reabilitação passaram por um curso de três meses com os profissionais da UFRJ. Observa-se que alta complexidade está dando apoio à média complexidade, através da divulgação de seus conhecimentos técnicos e científicos, em conformidade com o que está preconizado nas portarias ministeriais da política.

Canesqui e Spinelli⁷⁷ afirmam que toda política ao ser implementada, necessita de organização para apresentar um bom funcionamento. Os profissionais demonstraram que com o tempo, o ritmo de atendimento está melhorando, e o setor está ficando mais bem organizado.

Entre as dificuldades apontadas no primeiro momento durante a implementação da política no serviço de média complexidade estava a falta de recursos humanos, principalmente no setor administrativo.

“Hoje em dia está ótimo nesse sentido pois existem um número maior no setor administrativo para cuidar da papelada.” (Fono 1, 2008).

“Nós fomos apreendendo com os erros, ligávamos para a coordenação para tirar dúvidas, pois só tínhamos recebido um manual, tivemos umas três ou quatro reuniões para falar do problema.” (Fono 2, 2008).

5.1.9-Quais os entraves?

Avaliando a PNASA os atores-chave apontaram alguns fatores limitantes ao processo de implementação, listados a seguir.

✓ **A dificuldade do preenchimento das autorizações de procedimento**, o que gerou um grande número de glosas. Através do número dessas autorizações ocorre o financiamento das atividades na unidade. Entretanto, os funcionários não receberam treinamento adequado e, no início do processo de implementação, não existia pessoal treinado na unidade que pudesse executar tal procedimento. Portanto, os profissionais faziam o máximo que podiam e foram aprendendo os procedimentos durante o processo, mas até hoje ainda perdem repasse de verba em decorrência de dificuldades no preenchimento da documentação.

✓ **Falta atendimento para adultos e idosos no setor de reabilitação**, os procedimentos essenciais para se obter um melhor resultado com o uso da prótese continuam sendo negligenciados, como o treinamento auditivo para adultos, previsto na portaria. Os adultos recebem explicação sobre a utilização e manutenção da AASI em uma sessão realizada em grupos aproximadamente de dez pessoas que em geral duram uma hora, porém alguns têm dificuldade de compreender estas explicações, principalmente os idosos, que às vezes vão sozinhos ao posto, o que dificulta ainda mais o processo. Este fato contraria os preceitos da política que visa garantir a reabilitação mediante o tratamento clínico em otorrinolaringologia; seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e terapia fonoaudiológica para adultos e crianças maiores que três anos de idade neste nível de complexidade.

✓ **Despreparo da Unidade Básica**, conforme determinado na portaria 587 da política, o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade constitui-se na primeira referência para a atenção básica e contra-referência do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade. Tem como finalidade prestar assistência especializada às pessoas com doenças otológicas e em especial às pessoas com deficiência auditiva.

O paciente que não necessitar de protetização deverá ser contra-referenciado para a atenção básica com a orientação a ser seguida por aquele nível de atenção, sendo marcado o retorno ao atendimento, quando necessário. A portaria prevê ainda, que a Média Complexidade deveria encaminhar para os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade, para diagnóstico, as crianças até três anos de

idade, pacientes com afecções associadas e perda auditiva unilateral e aqueles que apresentarem dificuldade na realização da avaliação audiológica. No entanto, a contra-referência não está sendo realizada. Na prática, o paciente que a unidade não consegue atender tem seu nome encaminhado para a coordenação, e esta repassa para a alta complexidade, porém isso não ocorre com frequência e muitos casos ficam perdidos sem uma solução adequada. Ocorre, portanto, um grande problema na comunicação entre a Rede de Saúde Auditiva, pois os níveis de complexidade não estabelecem relação de forma satisfatória. Além disso, a falta de mapeamento com os locais de atendimento, aumenta a dificuldade dos profissionais, pois estes não sabem para onde contra-referenciar os pacientes, o que demonstra a desestruturação do serviço.

A atenção à pessoa portadora de deficiência auditiva no Rio de Janeiro deveria iniciar-se com a detecção precoce nas maternidades através da triagem auditiva neonatal por emissões otoacústicas em bebês com risco para surdez. A complementação do diagnóstico é realizada nas unidades de alta e/ ou de média complexidade conforme estabelecido pelas portarias ministeriais N°587 e N°589 de outubro de 2004. Estas portarias preconizam, ainda, que a unidade de Média Complexidade deveria realizar triagem e monitoramento da audição de neonatos, pré-escolares e escolares. Todavia, o equipamento de emissões otoemissões, que realizam as triagens não está funcionando, pois foi realizado um “backup” para atualizar o computador e perdeu-se o programa. A unidade também deveria realizar não só o diagnóstico de perda auditiva de crianças a partir de três anos de idade como seu acompanhamento e monitoramento, contudo, o aparelho que realiza o ganho funcional da prótese apresenta problemas com a caixa de som, que são necessárias para o funcionamento do campo livre. Então, as crianças de três a quatro anos têm que ser encaminhadas para a Alta Complexidade.

✓ **Dificuldade com a estrutura física e equipamentos**, o serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade deveria contar também com uma estrutura física adequada, porém nenhuma sala para atendimento ainda possui revestimento acústico. Além disso, nem todos os equipamentos apresentam condições de funcionamento, conforme já foi relatado.

✓ **Falta de uma equipe multiprofissional completa**, faz-se necessária a presença de um assistente social e um psicólogo, pois estes profissionais aparecem registrados no Ministério da Saúde, mas não atuam efetivamente no setor de saúde auditiva da unidade. Embora, tenha sido relatado que os profissionais possam contar com as psicólogas do posto, estas nem sempre estão disponíveis. A presença de um

profissional da assistência social também é de grande importância conforme será observada na discussão da unidade de Alta Complexidade, que possui este profissional que tem demonstrado grande produtividade e auxílio em conjunto ao trabalho dos outros setores.

5.1.10-Ponto de vista dos usuários:

Nesta pesquisa foram entrevistados 13 pacientes sob o critério de saturação das informações. A participação destes consistiu em fornecer informações a respeito a questões relativas o acesso ao atendimento, verificando-se dificuldades e facilidades do tratamento, distância entre a residência e a unidade de serviço, bem como número de estabelecimentos procurados; tempo transcorrido da identificação do problema até o início da terapia fonoaudiológica; e satisfação do usuário com a terapêutica.

Antes de abordar as formas de acesso dos usuários aos serviços é necessário que se diga que existem diversos conceitos sobre acesso. Em artigo de revisão sobre o assunto, Travassos e Martins⁷⁸ advertem sobre a complexidade desta temática e concluem que a utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz e o acompanha dentro do sistema de saúde. As autoras identificaram vários autores, inclusive Donabedian⁷⁹, que faz uma distinção entre acesso socioorganizacional do acesso geográfico. Para o autor, o primeiro inclui recursos que facilitam ou dificultam os esforços das pessoas para chegarem ao atendimento e o segundo envolve as características relacionadas à distância e ao tempo para alcançar e obter os serviços. Assim, a análise levará em conta o conceito de acesso definido pelas autoras supracitadas.

Foram entrevistados seis responsáveis por usuários, entre eles, cinco menores de idade e uma idosa. Além de sete usuários adultos, dos quais quatro ainda iriam receber a prótese auditiva.

A maioria dos casos verifica-se uma grande demora entre a identificação do problema e o início da terapia fonoaudiológica. As afirmações seguintes reforçam essa proposição e revelam que, além disso, antes é necessário que o paciente busque mais de um estabelecimento para tentar o atendimento.

“Quando foi constatada a perda ela já estava com 6 anos. Foi encaminhada a algumas unidades , mas não conseguiu tratamento. Consegui ser chamada para cá, quando ela já tinha oito anos.” (Mãe de Paciente, 1)

“...descobri a perda com nove meses... Com um ano levei ele para uma escola para surdos em Vila Isabel, onde tinha fono. Em 2003 com cinco anos ele conseguiu receber a prótese, aqui, mas continuou fazendo fono lá em Vila Isabel, porque aqui não tinha tratamento, mas era muito longe, então tentei em outros postos, fiquei na fila do Vicente Morete por mais de um ano e esse tempo ele ficou esperando sem fono. Este ano (2008) que ele veio para cá.”

(Mãe de Paciente, 2)

“Com um ano e oito meses desconfieei e vim aqui, mas o médico disse que o posto não tinha recursos para atender a criança e nem poderia realizar audiometria porque o equipamento estava quebrado. Então, foi procurar a UFRJ e ele começou o tratamento lá e ficou até os dois anos, mas é muito longe ... Trouxe para o PAM (Posto de Assistência Médica) de Bangu e ele ganhou uma prótese do Hospital Jesus. Mas esse ano (2008) fui chamada aqui,agora ele tem nove anos.” (Avó de Paciente, 3)

“Descobri a perda com um ano, atualmente ele tem seis. Não consegui atendimento público então eu paguei. Só consegui no INES quando ele tinha cinco anos, mas é muito longe. Eu paguei para fazer o exame dele na clinica particular de Bangu. Depois coloquei ele no PAM, a médica encaminhou para cá...Ele tinha um ano quando fiz a inscrição, só vim conseguir em 2006 quando ele tinha 4 anos. Depois de receber a prótese, não consegui terapia, voltei ao Pam, mas disseram que a profissional não ia mas... Aí eu falei meu Deus e agora, então eu paguei para ele fazer duas vezes por semana, mas é muito difícil. Mas eu ficava procurando o Pam,até que eles me encaminharam para cá novamente, aí ele conseguiu atendimento.”

(Mãe de Paciente, 4)

“Descobri com 5 anos, esse é o primeiro aparelho que ela ganhou, há uns três ou quatro anos. Assim que ela ganhou aparelho ela começou atendimento em outros lugares, e fui parar no PAM, quando terminou lá, disseram para eu voltar aqui, aí consegui a terapia.”

(Pai de Paciente, 5)

Segundo Northern & Downs⁸⁰ (1989) dependendo de sua natureza etiológica, a perda auditiva pode ocorrer de forma distinta em qualquer idade. Entretanto, aquela que apresenta maiores prejuízos, manifesta-se no período neonatal ou na primeira infância,

pois qualquer grau de perda auditiva que altere a inteligibilidade da mensagem, nesta população, pode interferir na capacidade adequada de interpretação ou aprendizagem.

Tschoeke *et al*⁸⁹ alertam para a carência de estudos apontando a agilidade, a precocidade e a garantia de atendimento aos usuários o SUS, na esfera da Saúde Auditiva.

O sistema adotado antes da política de avaliação e protetização não supriu as necessidades dos pacientes que precisam da reabilitação para o uso eficaz do aparelho auditivo, fato confirmado por Ribas *et al*⁶¹, que afirmam que avaliar e protetizar uma pessoa portadora de perda auditiva não basta, pois é necessário acompanhar o sujeito protetizado com a finalidade de minimamente garantir uma boa adaptação e uso efetivo do aparelho auditivo.

A maioria dos relatos apesar de detectar dificuldade do acesso a terapia após a descoberta do diagnóstico, refere ao rápido acesso de entrada na unidade depois da habilitação da mesma em média complexidade. Tendo como tempo médio de espera de dois a três meses. Entretanto, é importante salientar que a PNASA facilitou a entrada no serviço, mas em poucos casos o conhecimento sobre o novo serviço após a habilitação foi feito através de encaminhamentos de profissionais de saúde. Os usuários relataram saber do serviço da unidade através de conhecidos, como parentes, vizinhos e amigos.

Outro fator a ser considerado sobre os profissionais de saúde foi a dificuldade de detecção do diagnóstico, mostrando como descrevem alguns autores o despreparo de alguns profissionais em relação ao cuidado da saúde auditiva^{45,46,47}, fato que em muitos casos foram despertados pelo interesse da família ou de amigo como revelam os relatos a seguir:

“Demorei a descobrir a perda. Ela começou com queixa de trocas na fala, então ela começou a fazer fonoaudiologia com 3 anos, em um posto perto de casa, ela ficou dois anos e pouco lá, porém essa nunca desconfiou da perda. Foi uma amiga minha que desconfiou e disse para eu pedir um encaminhamento para fazer o exame.”

(Mãe de Paciente, 1)

“ Ele teve meningite com oito meses e ficou internado. Assim que teve alta desconfiei, mas não foram os médicos que me disseram, não. Levei ele para fazer os exames. Então, descobri a perda com nove meses, mas disseram que ele não podia fazer tratamento porque era muito pequenininho.

(Mãe de Paciente, 2)

A distância entre a residência e a unidade de serviço foi apontada como fator facilitador do atendimento, tendo em vista que muitos pacientes residem perto da unidade.

Todos os usuários entrevistados que utilizavam o serviço de reabilitação, principalmente o infantil, mostraram-se satisfeitos. Os adultos também relataram contentamento com o atendimento, tanto no setor de otorrinolaringologia, como no de avaliação.

Foi apontado como dificuldade a falta de reabilitação para adultos, principalmente para idosos, que dificulta a adaptação das próteses auditivas por motivos que já foram anteriormente mencionados.

5.2-Alta Complexidade

O serviço de Atenção à Saúde Auditiva de Alta Complexidade do HUCFF-UFRJ, iniciou suas atividades em agosto de 2007. Os registros dos pacientes que chegam para o setor de otorrinolaringologia são feitos na agenda do setor e acabam misturando-se com outros pacientes atendidos por ele. Portanto, não é possível saber o total de pacientes que já foram atendidos pela unidade dentro da PNASA. Todavia, o profissional de otorrinolaringologia estima que o setor receba aproximadamente de 170 a 200 encaminhamentos do CIAD por mês. Verifica-se então, que as vagas para atendimento disponibilizadas mensalmente aos pacientes da política nem sempre são preenchidas totalmente, já que a portaria 587 preconiza que unidades de Alta Complexidade devam ter capacidade para oferecer no mínimo 224 consultas otorrinolaringológicas por mês.

Em relação ao número de pacientes protetizados é possível estabelecer o quantitativo, pois estes são encaminhados ao setor de audiologia, onde o paciente possui uma pasta no arquivo, como será explicado mais adiante. Até outubro de 2008, foram registrados cerca de 420 pacientes com necessidade de protetização, destes 159 ainda aguardam na fila de espera da prótese auditiva.

5.2.1-Organização do serviço:

Ainda que o hospital possua um prontuário para cada paciente, contendo as informações sobre quadro clínico e conduta terapêutica, o protocolo de saúde auditiva não foi anexado a este, pois ocupava muito espaço, portanto, foi realizada uma folha de resumo para ser anexada a esse prontuário. No setor de fonoaudiologia, o paciente

apresenta uma pasta que contém informações específicas da saúde auditiva. Este arquivo só possui pasta de pacientes elegíveis a protetização. Ele está localizado no terceiro andar do Hospital dentro do ambulatório de audiologia. O setor de otorrinolaringologia preenche a parte pela qual é responsável e uma vez por semana o conjunto do formulário de ORL vai para o setor de audiologia onde é anexado.

Pela portaria, o paciente que não necessitar de protetização, deverá ser contra-referenciado para a atenção básica com a orientação a ser seguida por aquele nível de atenção, sendo marcado o retorno, quando necessário. Além disso, a unidade deve oferecer suporte técnico às equipes dos serviços de saúde auditiva de menor complexidade.

Assim como ocorre na média complexidade, os profissionais relatam que, não conseguem atingir o número mínimo de pacientes recomendado pela portaria para o atendimento no setor de otorrinolaringologia, atendendo em média 170 a 200 pacientes por mês. Para os membros da Sociedade Brasileira de Otologia, parece que grande parte da população continua desinformada a respeito do Programa de Saúde Auditiva. Ademais, o despreparo da Unidade Básica sobre as questões da Saúde auditiva tem como resultado a baixa captação de pacientes. Não ocorre, também, uma relação satisfatória entre as unidades do município, sendo o contato raro, ocorrendo a maior parte das vezes através da coordenação municipal. Por todas as razões mencionadas observa-se a dificuldade da formação efetiva da Rede de Atenção Auditiva.

Por outro lado, o serviço do setor de audiologia que pode protetizar até 100 pacientes/mês, têm realizado em média 40 a 50 protetizações por mês. Os profissionais alegam existir um número insuficiente de fonoaudiólogos e em virtude disso não dão conta do grande número de pacientes encaminhados para avaliação e protetização. Até o início de 2008, entre a primeira consulta e o ganho do aparelho o intervalo de tempo médio estava entre dois a três meses, mas agora, o tempo é bem maior, pois o serviço de protetização está parado há quatro meses, por ter ocorrido um atraso na liberação das compras das próteses pelo hospital, o que acarreta uma enorme fila de espera.

Quanto aos recursos humanos, diferentemente da média complexidade o serviço atende aos parâmetros de equipe mínima de alta complexidade instituída pela Política. A equipe é assim constituída: quatro médicos ORL, quatro alunos da residência que atuam sobre a supervisão dos profissionais; um neuropediatra; um pediatra; seis fonoaudiólogos, um assistente social e um psicólogo. Há também um secretário e um técnico administrativo.

Embora a equipe seja satisfatória do ponto de vista da política, o setor de fonoaudiologia não consegue funcionar todos os dias, sendo necessária a contratação de mais profissionais. Os profissionais de nível superior possuem especialização compatível com seus cargos e encontram-se devidamente qualificados e capacitados para a prestação de assistência especializada às pessoas com doenças otológicas.

5.2.2-Estrutura física:

As instalações físicas do Serviço estão em conformidade com as normas de acessibilidade para pessoas portadoras de deficiência a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos.

O Serviço dimensiona a sua estrutura física de acordo com a sua equipe multiprofissional com salas para consultas médicas, salas para avaliação e terapia fonoaudiológica, sala com cabina acústica, campo livre, reforço visual e equipamentos para avaliação audiológica, sala para atividades em grupo, sala para atendimento psicológico, sala para atendimento em serviço social, sala de reunião de equipe, área para arquivo médico e registro de pacientes, área para guardar materiais/equipamentos, entre outros.

5.2.3-Materiais e Equipamentos:

O Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade constitui-se em referência para o diagnóstico das perdas auditivas e sua reabilitação em crianças até três anos de idade e em pacientes com afecções associadas (neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal), perdas unilaterais e aqueles que apresentarem dificuldade na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade. Tem como finalidade prestar assistência multiprofissional especializada às pessoas com doenças otológicas e em especial às pessoas com deficiência auditiva. Neste sentido, a alta complexidade dispõe de materiais e equipamentos mínimos e dimensionados de acordo com a sua equipe multiprofissional e estrutura física.

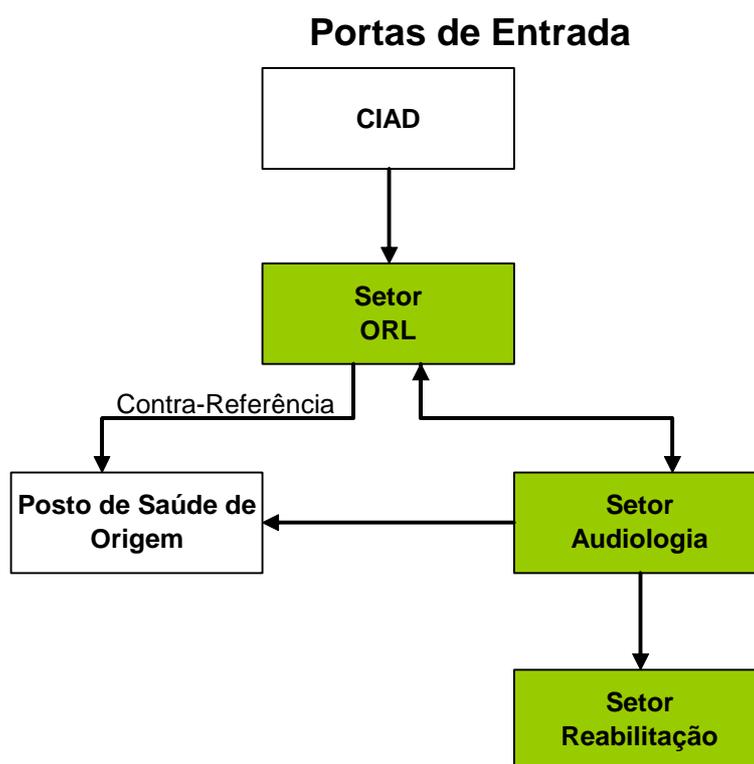
Embora o setor de fonoaudiologia possua equipamentos de audiometria de tronco encefálico e emissões otoacústicas, eles estão descalibrados, o que obriga os profissionais a utilizarem os mesmos equipamentos do setor de otorrinolaringologia. A disputa por horários gera uma demanda reprimida pela realização dos exames. Russo ⁸¹ ao falar da importância da calibração destaca que esta é exigida com frequência, pois aumenta a confiabilidade dos resultados exames, tendo em vista que a calibração

periódica determina se o equipamento está de acordo com os padrões apropriados para cada um dos instrumentos ou se sofreram alterações com o tempo de uso.

Ao contrário do observado na média complexidade, onde existe apenas uma cabine para realização do exame audiométrico, o setor possui quatro cabines, todas em pleno funcionamento. Além disso, os aparelhos de ganho funcional e de inserção para a regulação das próteses, também se encontram em perfeitas condições.

5.2.4 - Fluxo de atendimento:

Figura 5: Fluxo de tratamento no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho



Observa-se, na figura 5, que atualmente a unidade de Alta Complexidade tem o CIAD como porta de entrada. Segundo os profissionais, os pacientes são encaminhados pela coordenação, que agenda a consulta no setor de otorrinolaringologia, diferente do que ocorre na unidade de média complexidade, onde o setor administrativo fica responsável pelo agendamento. Os únicos que podem entrar de uma forma alternativa são os pacientes já matriculados no hospital (três a quatro por semana, o que é irrisório se comparado a porta de entrada principal).

Assim que chega à unidade, o paciente passa por uma primeira avaliação com otorrinolaringologista. Quando necessário, o médico encaminha o paciente para realizar exame com os fonoaudiólogos no setor de audiologia. O paciente retorna para o ORL que fornece o diagnóstico ou verifica se há necessidade de fazer novos exames. De

posse do diagnóstico, o ORL estabelecerá a melhor conduta a ser adotada, certifica-se se o paciente é elegível ou não para a protetização.

Em caso de colocação de prótese, o ORL encaminha o paciente novamente para o setor de audiologia. O profissional de fonoaudiologia realizará a seleção, indicação e adaptação do aparelho, além da orientação aos pais. Se não for elegível para a protetização, ele deverá ser contra-referenciado ao posto de origem.

O candidato a protetização recebe um pré-molde no setor de fonoaudiologia que, a seguir, solicita a autorização para colocação da prótese. Ao recebê-la, é realizada a adaptação, ganho funcional, ganho de inserção, e oferecidas todas as orientações necessárias. Neste momento também o fonoaudiólogo verifica a regulagem e já marca o retorno do paciente uma semana depois, se tiver tudo correto é feito nova remarcação e o acompanhamento é realizado de acordo com as necessidades específicas de cada paciente.

Os profissionais apontam que mesmo sendo uma unidade de alta complexidade, onde a portaria preconiza o atendimento a crianças de zero a três anos, inicialmente não apareciam crianças com esta faixa etária, provavelmente em decorrência da dificuldade da detecção precoce, que não está ocorrendo de forma satisfatória nas maternidades do Rio de Janeiro. Este fato demonstra que a atenção básica não está cumprindo o seu papel, pois não consegue realizar a identificação precoce dos problemas auditivos, e muito provavelmente não desempenha bem as ações de promoção à saúde auditiva e prevenção, acarretando um ônus ao governo. Para Januário⁶⁴, o investimento em procedimentos de atenção básica, além de oferecer melhor qualidade de vida ao cidadão, permite uma economia na área de atenção secundária e terciária.

Um outro fator que tem correlação com o não encaminhamento de crianças menores de três anos é o fato da única unidade de média complexidade habilitada, até setembro de 2008, não apresentar em condições de funcionamento os equipamentos necessários para complementação do diagnóstico, conforme estabelecido pelas portarias ministeriais N°587 e N°589.

Atualmente são encaminhadas para unidade crianças menores de três anos, todavia estas chegam sem diagnóstico e ainda precisam ser avaliadas. Conforme já discutido, esta triagem deveria ser realizada em conjunto com o serviço de menor complexidade, e não sobrecarregar o de alta.

Para atender as necessidades da PNASA, o ambulatório de surdez que pertence ao curso de graduação em fonoaudiologia da UFRJ, ampliou seu setor de reabilitação e realizou a contratação de mais duas profissionais. Nos atendimentos são

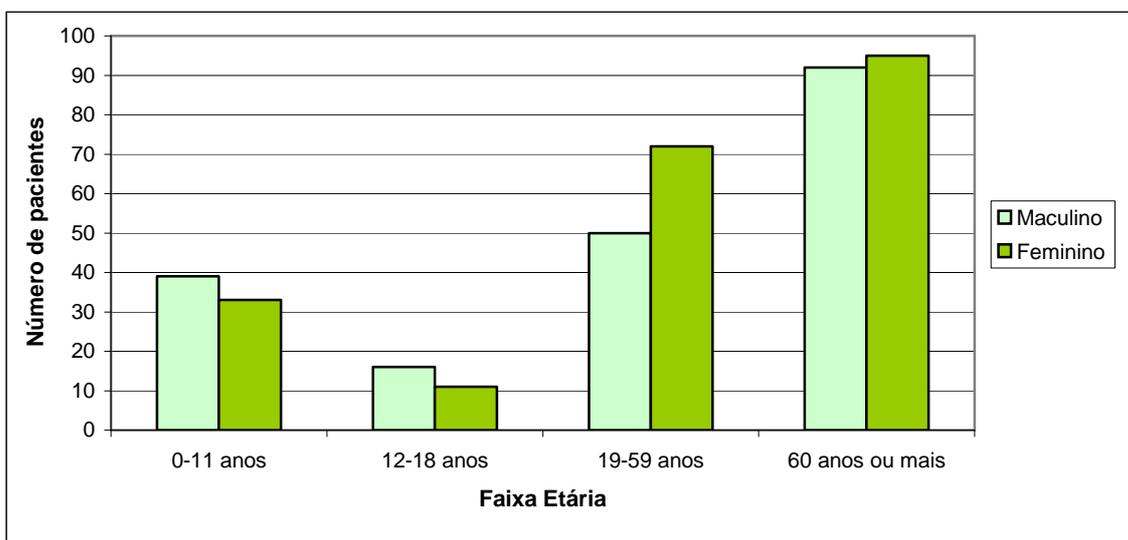
priorizadas as crianças menores de três anos e múltiplas deficiências. Diferentemente do que ocorre na média complexidade, a UFRJ realiza treinamentos auditivos com adultos e idosos.

Vieira et al⁸² destacou que a implantação de programas de reabilitação para o deficiente auditivo adulto é de grande importância, principalmente na população idosa, sendo necessário incorporá-los à rotina dos serviços ambulatoriais. A criação desses programas vão ao encontro com as ideias da Política Nacional do Idoso, que tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, interação e participação efetiva na sociedade.⁸⁶

5.2.5- Caracterização da demanda:

Desde a habilitação da unidade até a realização da coleta de dados em outubro de 2008, foram encaminhados para protetização cerca de 420 pacientes. Entretanto não foram obtidos os dados de todas as fichas, pois a organização da parte documental da alta complexidade não é satisfatória. Entre os dados computados pode-se dizer que a maioria é do sexo feminino (51,7%). O gráfico 5 ilustra a distribuição por faixas etárias.

Gráfico 5: Número de pacientes atendidos na Alta Complexidade por faixa etária 2007-2008



Verifica-se que a maioria dos casos está situada entre a população idosa. No decorrer do último século observou-se um aumento da longevidade da população. O avanço da medicina e a melhoria da qualidade de vida proporcionam um crescimento desta parcela da população, sendo que o envelhecimento demográfico é uma tendência

estabelecida não só no Brasil, como mundialmente. Os distúrbios auditivos estão entre os diversos problemas que comprometem a qualidade de vida dos idosos, como apontam diversos estudos epidemiológicos.^{57,61, 62}

A pesquisa também possibilitou observar que na faixa etária infantil (0-11 anos) ocorre o menor número de atendimentos, quando a alta complexidade deveria priorizar crianças menores de três anos. Esta tendência tem sido observada e revela a falta de ações satisfatórias para detecção precoce da perda auditiva, como já foi amplamente discutido, o que poderá acarretar dificuldade linguística na criança. Goldfeld²⁷ afirma que o diagnóstico e a protetização precoce são fundamentais para um bom desenvolvimento da linguagem da criança. Rizzi *et al*⁸³, em estudo do programa de acompanhamento do desenvolvimento auditivo, apontam resultados que evidenciam a importância deste programa, nos níveis de prevenção, detecção e reabilitação de alterações no desenvolvimento auditivo, de fala e linguagem e no diagnóstico de perdas auditivas progressivas ou adquiridas.

Gráfico 6: Número de pacientes atendidos na Alta Complexidade por escolaridade de adultos e idosos 2007-2008

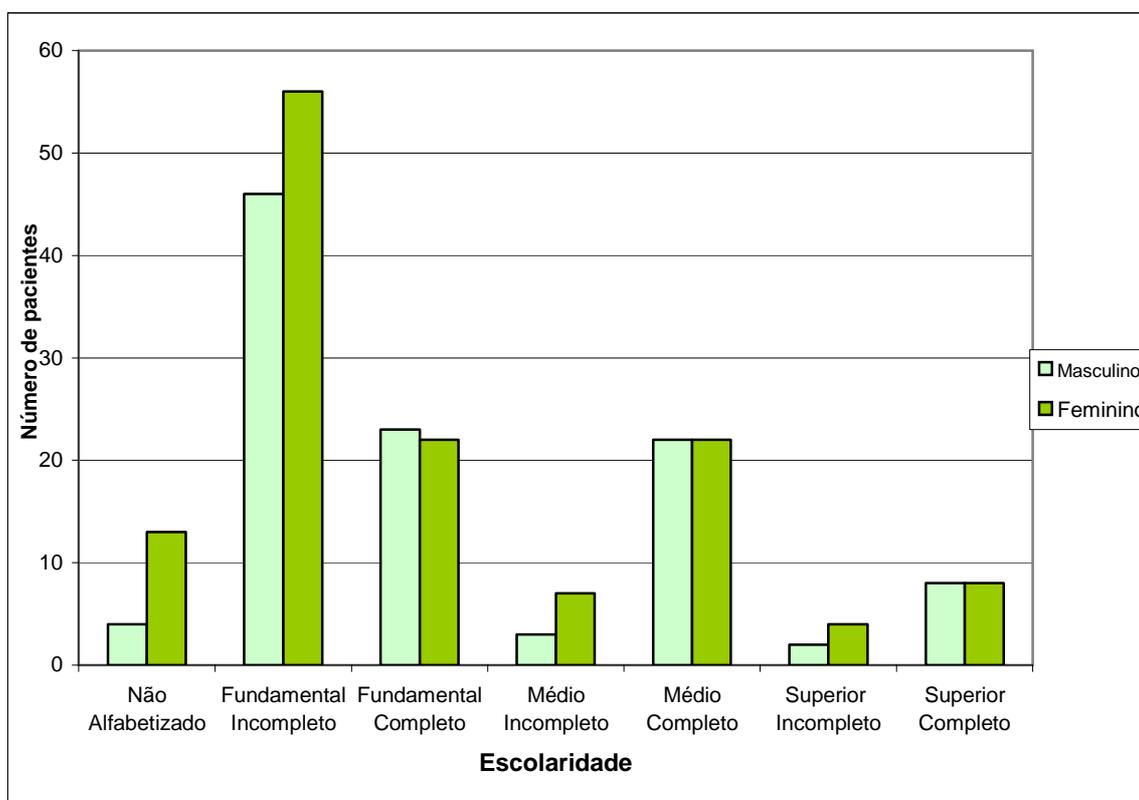
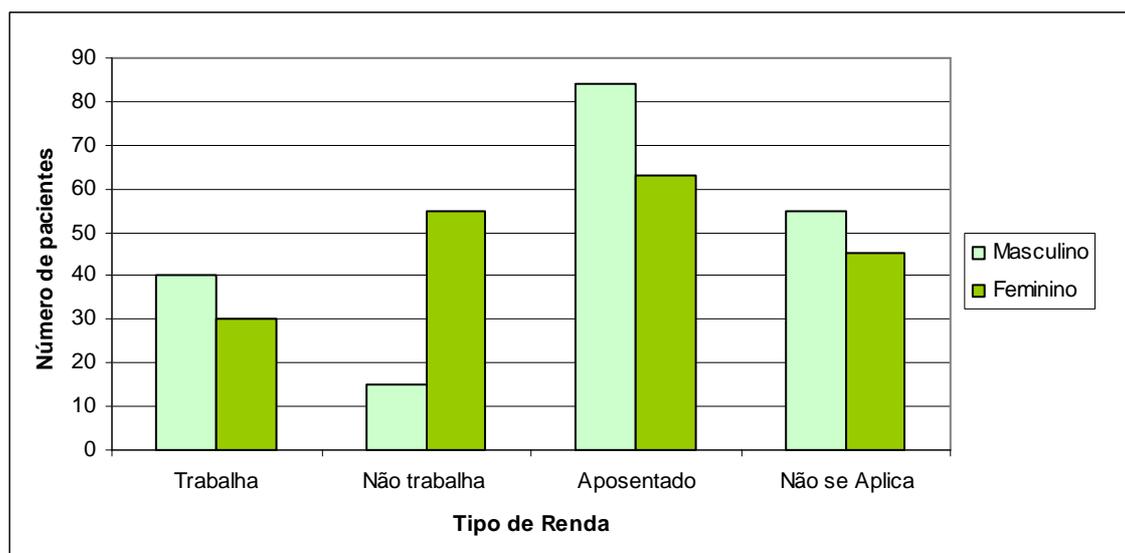


Gráfico 7: Situação de trabalho na Alta Complexidade dos pacientes atendidos 2007-2008



Nos gráficos 6 e 7 observa-se dados do perfil sócio demográfico da população atendida. Dados da literatura revelam a importância de observação destas variáveis, pois quanto menor o nível de escolaridade e renda, maior a dificuldade na adaptação das próteses auditivas e conseqüentemente abandono do uso das mesmas.

Os dados referentes à escolaridade incluem apenas as faixas etárias de adultos (19-59 anos) e idosos (acima de 60 anos). A maioria dos pacientes é aposentada, fato que está correlacionado a grande incidência de casos na população idosa. O item “não se aplica” refere-se à faixa etária de crianças e à maioria dos adolescentes.

O estudo dos fatores de risco para a perda auditiva direciona intervenções de saúde para que atendam as reais necessidades da população, principalmente na atenção primária. De acordo com Cruz *et al*⁸⁴ é escassa a literatura científica brasileira sobre perda auditiva e os fatores de risco a ela associados.

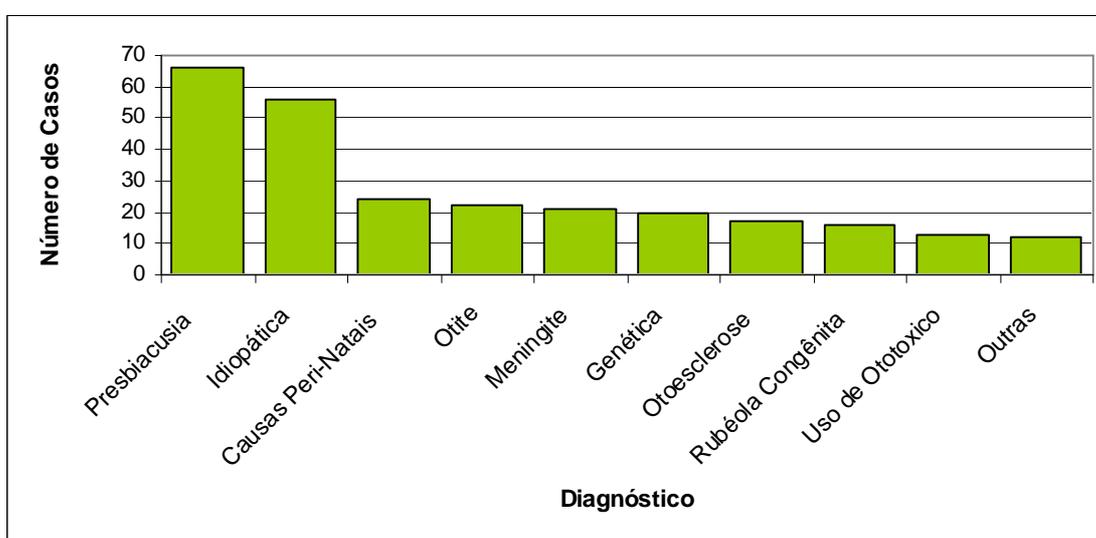
Além do conhecimento dos fatores de riscos, também é fundamental o estudo de possíveis etiologias para que se possa tomar providências de prevenção e promoção de saúde. Pelegrin⁸⁵ afirma que mais de cinquenta por cento das perdas auditivas que ocorrem no Brasil poderiam ser evitadas.

Ao observar os dados registrados nos formulários dos pacientes verificou-se que apenas setenta por cento apresentava diagnóstico. O setor de otorrinolaringologia justifica que os primeiros formulários não foram preenchidos, pois o atendimento foi iniciado na unidade antes da chegada do modelo estabelecido pelo Ministério da saúde. Atualmente o setor está resgatando estes formulários para o preenchimento correto. O

diagnóstico etiológico da perda auditiva, apesar de muitas vezes ser apenas alcançado em trabalho multidisciplinar, é de competência médica (ORL).

Dentre as etiologias mais observadas (Gráfico 8), estão: presbiacusia (24,35%), causas idiopáticas (20,66%), causas perinatais (8,86%), otite (8,12%), alterações auditivas pós-meningite (7,75%), causas genéticas (7,38%), otosclerose (6,27%), rubéola congênita (5,9%), e uso de ototóxicos (4,8%), seguido de outras com menor incidência.

Gráfico 8: Número de casos na Alta Complexidade por diagnóstico dos pacientes atendidos 2007-2008



Fica evidente, face aos resultados apresentados acima, que a presbiacusia aparece como grande problema, causando consequências importantes na vida do idoso, sendo de extrema importância a reabilitação auditiva para minimizar seus efeitos. A presbiacusia, perda auditiva devido à idade é a principal causa de deficiência auditiva nos idosos, uma incidência de cerca de 30% na população com mais de 60 anos de idade. Conforme expõe Oliveira *et al*⁸⁶ o processo de adaptação ao uso de prótese auditiva não é simples em nenhuma faixa etária, mas os idosos requerem mais tempo para assimilar todas as etapas do processo de seleção e adaptação à amplificação, e em consequência, as informações devem ser apresentadas de forma gradual. A orientação deve ser enfatizada para que o usuário entenda o funcionamento da prótese auditiva, dos seus componentes e do molde auricular, assim como o treinamento para inseri-lo e retirá-lo, troca de pilhas e manipulação dos controles.

O grande número de causas idiopáticas está relacionado com a pouca exatidão nos métodos diagnósticos, além da dificuldade que muitos pacientes apresentam em

relatar a história pgressa da doença. Diversos estudos comprovam, índice elevado da não definição das etiologias na perda auditiva ^{87,88,89}.

O anexo III da portaria 589 apresenta o laudo para emissão da APAC de perda auditiva. Um de seus itens é a provável etiologia, entre elas: causas perinatais (anoxia, baixo peso, trabalho de parto prolongado, prematuridade e hiperbilirrubinemia); doenças infecciosas (meningite, rubéola, sarampo, toxoplasmose, caxumba e outras). É importante ressaltar que a perda auditiva é a sequela mais frequente da meningite bacteriana. Silva *et al* ⁷⁵ demonstrou a heterogeneidade de fatores que ocasionam o comprometimento auditivo, e como as duas principais causas (rubéola e meningite) ainda apresentavam uma incidência alta na população estudada.

Segundo a literatura, a maior parte dos casos de surdez nos primeiros anos de vida é decorrência de fator genético ou causas perinatais. A surdez também pode ocorrer como resultado de infecções da orelha média (otite), que são mais comuns em crianças. ^{44,45}

A partir deste ano (2009), o Ministério da Saúde incluirá na rede de saúde exames e aconselhamento genético. Isso significa que o SUS oferecerá recursos para o diagnóstico e tratamento de defeitos congênitos e também aconselhamento dos pais para prevenção de novos casos ⁹⁰.

Na literatura, o ruído, principalmente no ambiente de trabalho, é apontado como a segunda principal causa de perda auditiva neurossensorial entre os adultos. ⁹¹

Embora cerca de 80 pacientes tenham relatado exposição a ruído ocupacional, a maioria acima de 10 anos de exposição, o diagnóstico de PAIR (perda auditiva induzida por ruído) não ultrapassou nove casos. Este achado é compatível com a literatura científica da área, que demonstra ser o nexu ocupacional raramente estabelecido pelos profissionais de saúde, seja por negligência ou por simples desconhecimento. O estabelecimento do nexu ocupacional da perda auditiva em casos de exposição a ruídos ainda é mais comum, no entanto em casos de exposição à substância tóxica, a situação na qual a correlação realizada ainda está inexpressiva. Nossa pesquisa identificou apenas um caso de surdez relacionada à exposição à substância química, embora existissem casos de trabalhadores em fábricas de produtos tóxicos. Acredita-se que a relação da etiologia com a ocupação não foi devidamente explorada. O número de casos de perda auditiva do tipo ocupacional não foi analisado, pois pouquíssimos formulários apresentavam esse dado.

Através da observação do preenchimento do formulário do setor de fonoaudiologia e otorrinolaringologia, verificou-se uma escassez de dados relativos à

escolaridade e ocupação, o que foi amenizada pela observação das fichas de atendimento psicossocial realizado pela assistente social pertencente à saúde auditiva da unidade.

5.2.6-Processo de Implementação

Os profissionais entrevistados relataram que tiveram muita dificuldade para conseguir a habilitação da unidade. Foram apontadas as seguintes questões: falta de recursos humanos, tanto no que diz respeito ao setor administrativo, como dos profissionais de nível superior e a falta de treinamento dos funcionários administrativos para o preenchimento dos formulários, principalmente aqueles relacionados ao faturamento. Para abertura dos outros serviços de média complexidade da saúde auditiva no município do Rio de Janeiro realizou-se uma nova divisão orçamentária entre as unidades do Estado.

As atividades de fornecimento de próteses não estavam sendo executadas por conta da mudança no fluxo do recebimento da verba federal no HUCFF-UFRJ desde maio de 2008. Segundo os entrevistados, anteriormente a esta data a verba do SUS era recebida pela Fundação José Bonifácio que a repassava aos programas. Atualmente, o recebimento da verba é responsabilidade do Hospital que só consegue viabilizar as compras de materiais mediante a penhora do capital, pois tudo é feito por pregão eletrônico. A unidade também apresentava dificuldade nos cadastramentos das empresas fornecedoras de materiais. Em consequência a tais mudanças, em outubro de 2008, a unidade ficou quatro meses sem comprar próteses, o que acarretou um aumento considerável na lista de espera para protetização. Por outro lado, este fato gerava um aparente conforto no atendimento do setor de reabilitação, pois, sem a protetização, este não recebia pacientes há um bom tempo apresentando vagas disponíveis ou podendo ficar com pacientes por um período maior. É previsível, no entanto, que assim que ocorrer o retorno das protetizações, haverá uma sobrecarga no setor de reabilitação com consequente formação de filas e dificuldade para abertura de vagas.

De acordo com os entrevistados uma possível solução para estas futuras dificuldades que enfrentarão após a retomada da distribuição de próteses, seria a contratação de mais profissionais. Ademais, será realizada uma melhor seleção de pacientes adultos para o treinamento auditivo. Pois, com a experiência do setor verificou-se que nem todos precisam de atendimento, as orientações já são suficientes para adaptação das próteses. Os pacientes com maior dificuldade encontram-se no grupo dos idosos. Os profissionais buscarão ainda uma ampliação maior do uso da rede de

saúde auditiva, contra-referenciando os pacientes para atendimento nos locais de origem.

Com a habilitação, o setor de reabilitação passou a oferecer três serviços: a terapia em si (menores de três anos e múltiplas deficiências), avaliação de crianças que não tem pré-requisito para atendimento em média complexidade (maior de quatro anos sem múltiplas deficiências), mas que acabam ficando em terapia na unidade se pertencerem à AP3 (área planejamento) onde esta se localiza. Caso contrário é referenciado aos serviços de menor complexidade, nas áreas de planejamento a qual pertence. Após a avaliação, se o paciente não puder ficar em terapia na unidade, ele é reencaminhado ao local de origem. Segundo os profissionais, a maioria deste pacientes não está sendo encaminhada para o posto de saúde, mas para instituições filantrópicas.

A tabela de atendimento fornecida pelo setor de reabilitação, atualizada em dezembro de 2008, possuía noventa e nove pacientes, sendo setenta destes pertencentes à Política de Saúde Auditiva. Entre os tipos de atendimento, quarenta e sete pertenciam ao serviço de treinamento auditivo, trinta e dois à terapia auditiva, quinze à avaliação. Foram registrados em torno de nove abandonos sem registro do motivo. Apenas quatro casos foram contra-referenciados.

No caso das múltiplas deficiências verifica-se que às vezes a unidade não apresenta recursos suficientes para instalação da comunicação alternativa, seja através de línguas de sinais, de gestos, etc. No sentido de resolver a questão, foi estabelecido um convênio com o Instituto de Pericultura e Pediatria Martagão Gesteira - IPPMG, onde existe um núcleo de atendimento para reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor. Existe uma equipe multiprofissional que trabalha na reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor formada por: fonoaudiólogo, na especialidade motora oral; fisioterapeuta; terapeuta ocupacional e pediatra.

5.2.7-Quais os avanços e fatores facilitadores para Alta Complexidade?

O atual fluxo de atendimento é visto como um avanço do ponto de vista dos profissionais, pois antes de ser definido como seria o funcionamento da rede, as marcações iniciais eram realizadas pela unidade através de uma lista encaminhada pela coordenação municipal.

No entanto, foi observada muita dificuldade com essas marcações, pois desta lista, várias pessoas já haviam morrido, o telefone estava errado, ou já tinha recebido prótese em outro lugar, portanto, a marcação feita diretamente pelo CIAD facilita o processo.

A interação entre a equipe de fonoaudiologia e otorrinolaringologia é apontada como outro fator facilitador. Existe uma boa relação entre os profissionais, que, quando possível fazem reuniões clínicas para discussão de casos.

Diferentemente da média complexidade, os pacientes adultos, particularmente os idosos, recebem treinamento auditivo quando indicado. A continuidade do acompanhamento após a distribuição da prótese através de treinamento auditivo, teste de AASI, e terapia, tanto em adultos como em crianças é imprescindível, Almeida *et al*⁶² corrobora a opinião dos profissionais entrevistados uma vez que seus estudos em amostra de pacientes protetizados evidenciam a melhora da qualidade de vida de adultos e idosos.

Os profissionais da Alta Complexidade através de convênio firmado com a prefeitura do Rio de Janeiro estão buscando aplicar preceitos preconizados nas portarias ministeriais da Política. Foi oferecido um curso de aprimoramento para dar apoio à média complexidade, o que pode ser considerado um avanço, pois este permitiu a divulgação de conhecimentos técnicos e científicos.

5.2.8-Quais os entraves?

✓ **Déficit dos níveis primário e secundários de atenção**, a falta de triagem auditiva em unidade de menor complexidade, os pacientes encaminhados pelo CIAD chegam à unidade de Alta Complexidade sem passar pela triagem auditiva. Assim, o setor de audiologia está realizando triagens neonatais que deveriam ocorrer nas maternidades e em unidades de média complexidade⁹². O setor de otorrinolaringologia às vezes recebe pacientes com problemas simples (como retirada de cerume) que deveriam ser resolvidos pelo posto de saúde, isto prejudica o atendimento de pacientes com problemas mais complexos que realmente necessitam do nível terciário de atenção, fato que confirma as idéias de Garbi⁹³ ao comentar que grandes hospitais atendem pacientes que apresentam casos simples, o que compromete o atendimento dos casos mais graves, destacando a falta de postos de atendimentos integrados aos serviços de ORL. Santana *et al*⁹⁴ em estudo acerca dos cuidados com a audição na Atenção Básica questionaram a efetividade das ações de Saúde Auditiva da Atenção Básica demonstrando que estes foram insuficientes. Além disso, orientações e encaminhamentos aos serviços adequados também se mostraram deficientes.

✓ **Necessidade de descentralização dos serviços** a distância entre serviços que realizam a audiometria e a falta de postos de atendimento especializados são outros fatores que comprometem o atendimento aos deficientes auditivos, esse tipo de

procedimento aumenta ainda mais os gastos em relação ao atendimento dessas pessoas, pois ocorre uma despesa maior com transporte.

Uma possível solução seria o apoio da Atenção Básica à Saúde Auditiva, através da Estratégia de Saúde da Família. Em seu estudo, Alvarenga *et al*⁹⁵ (2008) verificaram a efetividade de um programa de capacitação de agentes comunitários de saúde da Estratégia de Saúde da Família, em municípios do Estado de São Paulo. A capacitação abordou os temas: audição e deficiência auditiva, tipos, prevenção e causas da deficiência auditiva, técnicas de identificação e diagnóstico. Os resultados comprovam a eficácia do programa de capacitação com utilização de material e abordagem interativa proposto para os agentes.

✓ **Unidades habilitadas como Alta Complexidade que não funcionam no Estado**, outro fator apontado como ponto negativo, está relacionado com o fato de outras unidades de Alta Complexidade habilitadas no Estado não funcionarem como tal, embora existam. Os profissionais apontam que estas não possuem estrutura para este nível de complexidade e acabam realizando o encaminhamento de pacientes mais complicados para a UFRJ.

✓ **Dificuldades administrativo-burocráticas no Hospital**, apontada como entrave, pois dificulta o processo não conseguindo acompanhar a produção do serviço de saúde auditiva o que prejudica a continuação do trabalho, como é o caso da suspensão da compra de próteses auditivas há vários meses.

✓ **Falta de profissionais no setor de fonoaudiologia**, este entrave ficará mais evidente quando as distribuições de próteses retornarem à normalidade, o que sobrecarregará o setor de reabilitação.

✓ **Falta de treinamento dos profissionais para preenchimento de papéis de financiamento**, os funcionários contratados para área administrativa nunca tinham trabalhado em um hospital, não tinham conhecimento do preenchimento de nada. Então no início o faturamento era realizado de maneira errada, pois não foi disponibilizado treinamento. Por isso, em termos de cobrança ocorreu muito atraso no repasse de verba do SUS, com muitas glosas de procedimentos.

✓ **Dificuldade da formação da Rede de Saúde Auditiva** existe pouquíssima comunicação com os outros níveis de complexidade, os profissionais reclamam da dificuldade de realizar contra-referência.

✓ **A falta da informatização de dados dos pacientes** é uma grande dificuldade apontada pelos profissionais, o paciente possui um prontuário no Hospital, um formulário de saúde auditiva em pastas no setor de audiologia, e alguns com

múltiplas deficiências ainda possuem um prontuário no IPPMG. A informatização dos dados do paciente facilitaria o acesso de profissionais dos diversos setores que realizam o seu atendimento, evitando o deslocamento das pastas por vários locais que poderia resultar na perda de documentos.

✓ **Equipamentos sem calibração**, os equipamentos de Bera e Emissões otoacústicas do setor de otorrinolaringologia estão descalibrados, o que gera um fila de espera destes exames, tendo em vista que há necessidade da utilização dos que estão em pleno funcionamento no setor de otorrinolaringologia.

✓ **Falta de união entre a saúde e a educação**, na 10ª Conferência Nacional de Saúde foi decidido que o Ministério da Saúde deve unir-se ao Ministério da Educação e do Desporto para realizar a inclusão da linguagem de sinais como disciplina curricular nos três níveis de ensino, visando a preparação de profissionais aptos à atenção dos portadores de perda auditiva, tanto nos Serviços de Saúde como na escola, para proporcionar-lhes oportunidades mais equânimes de acesso à escolarização e ao mercado de trabalho.

Goldfeld²⁷ afirma que não são os fonoaudiólogos que desempenham o papel de ensinar a língua de sinais, este cabe a pessoas surdas que dominam plenamente a língua de sinais. Por isso, seria necessária uma ponte entre educação e saúde. A educação poderia também permitir o aprendizado de surdos da língua de sinais como primeira língua, e a segunda língua seria para quem tivesse condições de se beneficiar com a terapia fonoaudiológica, dependendo da idade, e das condições e da língua escrita, que ficaria a cargo da saúde. Assim, o Rio de Janeiro seguiria a filosofia educacional conhecida como bilinguismo, que tem como pressuposto básico a necessidade do surdo ser bilíngue, ou seja, este deve adquirir como língua materna a língua de sinais, que é considerada natural dos surdos, e, como segunda língua, a oral que é a utilizada em seu país. Existem outras filosofias educacionais, a bilíngue é a adotada pela UFRJ, não necessariamente é obrigatório que o município adote-a, mas independente de qual seja a escolhida é bom sempre ter em mente que deve ser adotada com responsabilidade, e utilização correta.

✓ **A não realização de cirurgias para implantes cocleares**, unidade ainda não está fazendo implantes cocleares, embora já tenha sido habilitada pelo Município e pelo Estado, atualmente aguarda autorização da esfera federal. Caso algum paciente necessite de implante este é encaminhado para São Paulo. A dificuldade encontrada é que em alguns casos a unidade fica sem o retorno desse paciente, principalmente quando este é encaminhado para Bauru. Porém é importante salientar, que as Portarias

587 e 589 de outubro de 2004, não regulamentam os implantes cocleares, embora determinem que o acompanhamento destes pacientes seja um procedimento de alta complexidade.

5.2.9-Ponto de vista dos usuários da alta complexidade

A entrevista com os pacientes da alta complexidade também consistiu em buscar informações a respeito de questões relativas ao acesso para o atendimento, verificando-se dificuldades e facilidades do tratamento, distância entre a residência e a unidade de serviço, bem como número de estabelecimentos procurados; tempo transcorrido da identificação do problema até o início da terapia fonoaudiológica; e satisfação do usuário com a terapêutica.

Foram entrevistados sete responsáveis por usuários, entre eles um menor que realizou o implante coclear em Bauru. Além de dois usuários adultos participantes do treinamento auditivo.

Assim como a média complexidade, a maioria dos usuários relatou ter buscado mais de um estabelecimento para tentar o atendimento.

Diferente do que ocorre na média complexidade em que os pacientes atendidos em sua grande maioria pertencem à área de planejamento de Bangu, pode – se dizer que o atendimento no setor de reabilitação da alta complexidade, embora priorize o tratamento de pacientes da área de planejamento na qual a unidade está localizada, também atende pacientes de outras localidades, inclusive outros municípios, sendo verificado maior dificuldade de deslocamento até o local:

“... moro longe, depois de Nova Iguaçu, e é difícil porque não tenho passe...” (Mãe de Paciente, 1)

“...tenho que pegar dois ônibus, mas dá pra fazer. Já tenho passe, isso facilita...” (Mãe de Paciente, 2)

“A maior dificuldade é a condução, porque tem que pagar passagem para ir na escola todo dia, e vir aqui...” (Mãe de Paciente, 3)

Observa-se que a dificuldade apontada encontra-se principalmente ao gasto com o meio de transporte. O “passe“ ao qual os entrevistados se referem, diz respeito ao passe livre nos meios de transportes para o deficiente, garantido pela Lei nº 3339, de 29

de dezembro de 1999 que dispõe sobre a regulamentação do artigo 245 da Constituição do Estado do Rio de Janeiro, estabelecendo passe livre às pessoas portadoras de deficiência entre outros.

Os usuários do serviço de reabilitação entrevistados demonstraram satisfação com a terapêutica. Inclusive os pacientes adultos do serviço de treinamento auditivo.

“Tentei sozinho, antes de ser chamado para terapia, mas com o treinamento é muito melhor, porque tive uma melhora significativa e melhorei minha atenção.”

(Paciente de 66 anos)

“O atendimento é muito bom, tive muitos progressos e melhorei no meu trabalho.” (Paciente de 49 anos)

Os relatos demonstram que o treinamento auditivo é de grande ajuda para que os pacientes adultos e idosos possam minimizar os problemas da adaptação das próteses. Portanto, é de extrema importância que este serviço também comece a ser realizado na unidade de Média Complexidade.

6-CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa buscou identificar e discutir os principais avanços e entraves do processo de implementação da PNASA no município do Rio de Janeiro. Não se pode dizer que, hoje, no município, o atendimento ao paciente com perda auditiva seja realizado de forma integral. Para se alcançar a integralidade no sistema de saúde faz-se necessário que os gestores passem a dar prioridade a este princípio.

Apesar dos avanços conseguidos no processo de implementação da Política Nacional de Saúde Auditiva, que possibilitaram a ampliação do atendimento às pessoas com alteração auditiva, ainda existe uma necessidade de melhora no diagnóstico precoce, na agilidade da aquisição das próteses auditivas, da reabilitação e da garantia do acesso ao acompanhamento do usuário. A realização do acompanhamento para auxiliar na adaptação ao aparelho auditivo ainda deixa a desejar, principalmente no que diz respeito a adultos e idosos na média complexidade.

O treinamento profissional e regulação do programa de autorizações de procedimento podem minimizar as dificuldades encontradas no preenchimento dos formulários que permitem o repasse de verbas.

Espera-se que a falta de estudos epidemiológicos no Brasil sobre a prevalência e a incidência dos problemas auditivos, seja sanada através da nova política, a partir da criação de indicadores relativos à perda auditiva, como o número de portadores de problemas auditivos, origem dos casos, etiologia, os tipos de perda auditiva, além do acompanhamento adequado após o fornecimento de aparelho e a avaliação da satisfação do usuário após o recebimento. Tais medidas futuramente nortearão ações governamentais.

Em relação aos profissionais na média complexidade, seria extremamente benéfico o respeito à multidisciplinaridade preconizada pela portaria, através da inclusão na equipe de um assistente social e um psicólogo que, através de seus atendimentos especializados, dariam apoio aos outros setores. Além disso, o estudo aponta ser necessária a contratação de mais profissionais de fonoaudiologia na alta complexidade.

Ademais, é imprescindível colocar todos os equipamentos necessários para realização do serviço em funcionamento, bem como contrato de manutenção.

A pesquisa evidenciou a necessidade de organização e ampliação da Rede de Saúde Auditiva. Para tanto, deve ser realizado um mapeamento dos atendimentos das unidades com atuação em Saúde Auditiva, a fim de possibilitar melhores fluxos de referência e contra-referência de uma unidade para a outra e entre os níveis de

complexidade. Os serviços devem ser mais descentralizados o que permitiria um melhor atendimento ao usuário, evitando longas viagens.

Existe consenso de que é preciso adequar a assistência básica às demandas de saúde da população, e isso também é verdadeiro para as questões relativas à Saúde Auditiva. Conforme previsto na portaria, o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade e de Alta Complexidade deverão dar suporte técnico às equipes da atenção básica para identificação dos casos que necessitam de encaminhamento para serviços em outros níveis de complexidade.

É imprescindível que a atenção básica passe a ser mais discutida e priorizada pelos gestores da área. Uma melhor organização desta, em busca da prevenção, promoção e detecção precoce de problemas auditivos poderia ocorrer através do apoio da Estratégia da Saúde da Família. Parece-nos possível e altamente recomendável o treinamento dos agentes comunitários no sentido de possibilitar o diagnóstico e a intervenção na perda auditiva no período crítico de desenvolvimento da criança. Os agentes poderiam atuar na identificação de casos e, em caso de suspeita de perdas auditivas, orientarem a procura por atendimento especializado, tendo em vista que estes profissionais fazem ponte entre a comunidade e o Sistema Único de Saúde.

Consideramos necessária a adoção de políticas públicas mais abrangentes com ações concretas voltadas à saúde auditiva no município do Rio de Janeiro, como a inclusão de programas de triagem auditiva neonatal e a criação de Serviços de Referência a serem implementados nas maternidades, de forma a garantir que todos os recém-nascidos de alto risco para desenvolvimento de perda auditiva sejam avaliados antes do momento de alta.

A inclusão de programas de triagem auditiva neonatal e a criação de Serviços de Referência em maternidades, de forma a garantir que todos os recém-nascidos de alto risco para desenvolvimento de perda auditiva sejam avaliados antes do momento de alta representam ações concretas para a adoção de políticas públicas mais abrangentes na saúde auditiva no município do Rio de Janeiro.

Embora a literatura refira que a instabilidade de programas governamentais seja vista como um entrave, pois, estas explicam o insucesso dos governos em atingir os objetivos estabelecidos no desenho das políticas, nenhum dos entrevistados se reportou a esse tipo de crítica.

Os danos causados à população em decorrência de problemas auditivos no município poderiam ser minimizados se os profissionais atuantes na rede de saúde do

município fossem plenamente capacitados a atender a população e promover o acesso à informação sobre aspectos relacionados à audição, perda auditiva e reabilitação precoce.

Grande parte da população continua desinformada a respeito da Política de Saúde Auditiva do Governo. Embora a pesquisa tenha verificado a existência de fila em alguns serviços, ela geralmente não é resultado do número de pacientes que procura o serviço, e sim, do atraso do repasse de verba e da falta de organização. Em relação aos casos que não requerem exames complexos, sobram vagas para o setor de otorrinolaringologia em ambos os níveis de complexidade. Portanto, o número de atendimentos poderia ser ampliado, caso o serviço possuísse uma melhor organização e divulgação. Hoje, existem campanhas de divulgação da Política que são realizadas por várias instituições, incluindo a Sociedade Brasileira de Otologia e o Conselho de Fonoaudiologia, uma iniciativa que se mostra eficaz, porém pouco abrangente. Há carência de melhores formas de divulgação da Política para que um maior número de brasileiros possa usufruir de seus benefícios.

7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Família e Saúde. Tema 4.7 da Agenda Provisória, 55ª Sessão do Comitê Regional / 44º Conselho Diretor. Washington, 14p., setembro, 2005.
- ² Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico 2000. Brasília: IBGE, 2000.
- ³ Sociedade Brasileira de Otologia. Campanha Nacional da Audição enfoca a surdez infantil. Disponível em: <http://www.saudeauditiva.org.br>. Acesso em: dez 2008.
- ⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Acesso em: 19 set. 2007. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2073.htm>.
- ⁵ Brasil. Ministério da Saúde. SUS 20 anos. Notícias 443. Acesso em: 25 out. 2008. Disponível em: <http://sus20anos.saude.gov.br/>
- ⁶ Sociedade Brasileira de Otologia. Campanha Nacional de Saúde Auditiva, nov. 2008.
- ⁷ Voronoff Sérgio, II Oficina de Políticas Públicas, 2008 - Palestra sobre 'Rede de Atenção à Saúde Auditiva do Estado do Rio de Janeiro', proferida por Sérgio Voronoff (CDCT/SDSS/SES/RJ), durante a II Oficina de Políticas Públicas de Promoção, Prevenção e Recuperação da Saúde Auditiva do Trabalhador, realizada no Auditório térreo da Ensp no dia 13 de novembro de 2008. Acesso em: 27 dez. 2008. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca>
- ⁸ Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos da Secretaria Municipal de urbanismo da Prefeitura do Rio de Janeiro (IPP) - Coleção Estudos Cariocas, 2005. Disponível em: www.armazemdedados.rio.rj.gov.br Acesso em: 21 set. 2007.
- ⁹ Flexor, G; Leite Sergio Pereira. Análise de Políticas Públicas :Breves Considerações Teórico-Metodológicas. Subárea 4: Economia e Estado – Sessão Ordinária, 2006.
- ¹⁰ Silva, PLB; Melo, MAB. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. Núcleo de Estudo de Campinas NEEP, Universidade de Campinas, 2000.
- ¹¹ Viana, A. L., 1996. Abordagens metodológicas em políticas públicas. In: Revista de Administração Pública, 24 (4), p. 5-43.
- ¹² Perez J. R. R., 1999. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas, in: Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate (E. M. RICO, Org.), 2 ed., São Paulo, Editora Cortez, p. 65-73.
- ¹³ Brasil. Ministério da Saúde. Carta de Otawa. Brasília: Ministério da Saúde; Projeto Promoção de Saúde, 2001.
- ¹⁴ Brasil. Lei n.º 8.080 de 19 de Setembro de 1990.

-
- ¹⁵ Manual operativo de atenção à pessoa portadora de deficiência auditiva no estado de Santa Catarina deliberação 102/CIB de 03-07-08.
- ¹⁶ Saúde auditiva para todos. Revista da Fonoaudiologia - Conselho regional de fonoaudiologia 2º Região, nº. 72, abril/março 2007.
- ¹⁷ Munhoz, MSL; Caovilla HH; Silva MLG; Ganança, MM; Frazza MM. Neuroanatomofisiologia da audição in Audiologia clínica, 2003. p. 19-41.
- ¹⁸ César da Silva Júnior, Sezar Sasson. Biologia. São Paulo, Ed Saraiva, 2002
- ¹⁹ Bonaldi LV, Agelis MA; Smith RL. Anatomia Funcional do Sistema Vestibulococlear in Frota, S. Fundamentos em Audiologia, 2003.
- ²⁰ Padovani, Carla; Nova, Camila Vila; Queirós, Fernanda; Silva, Luzia Poliana Anjos Percepção das condições auditivas pelos servidores públicos da Universidade do Estado da Bahia: considerações sobre o projeto saúde auditiva Rev. Baiana de Saúde Pública; 28(2): 203-211 jul. - dez.2004.
- ²¹ Goldfeld, Marcia. A criança surda: linguagem e cognição numa perspectiva sociointeracionista. São Paulo: Plexus, 2002.
- ²² Roslyn-Jensen AMA. Importância do diagnóstico precoce na deficiência auditiva. In: Ferreira LP. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Roca; 1996. p.297-309.
- ²³ Lopes Filho O. Deficiência Auditiva in Lopes Filho, O Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca; 2005 p. 23-40.
- ²⁴ Frota, Silvana. Fundamentos em fonoaudiologia – Audiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- ²⁵ Vieira, A B C, Macedo, L R, Gonçalves, D U. O diagnóstico da perda auditiva na infância Pediatría (São Paulo); 29(1): 43-49, 2007.
- ²⁶ Rondon, G., Rodrigues, L., Baltazar, J. A. Limitações do portador de necessidades especiais auditivas, quando da sua inserção na sociedade e no trabalho, bem como da sua interação com a família. www.psicologia.com.pt – O portal dos psicólogos, Disponível em: http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php Acesso em 11/08/2008 .
- ²⁷ Goldfeld, Marcia. Fundamentos em fonoaudiologia – Linguagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- ²⁸ Russo ICP, Santos TMM. Caracterização audiológica das principais patologias do ouvido. In: Russo ICP, Santos TMM. A Prática da Audiologia Clínica. São Paulo: Cortez; 1993. p.213-53.
- ²⁹ Basseto, M.C A. Triagem auditiva em berçário. In: Neonatologia: um convite à Atuação fonoaudiológica. Ed. Lovis, 1998.

-
- ³⁰ Oliveira P; Castro F; Ribeiro A. Surdez infantil, otoemissões acústicas, potenciais evocados, rastreo. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia – Serviço de O.R.L. Porto – Portugal. Artigo aceito em 25 de julho de 2001.
- ³¹ Kós , A. O. A, Kós, M. I. Etiologias das perdas auditivas e suas características audiológicas, in Frota, Silvana. Fundamentos em fonoaudiologia – Audiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- ³² Roeser RJ. Manual de consulta rápida em audiologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
- ³³ Rabinovich K. Avaliação da audição na criança. In: Lopes Filho O, editor. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Roca 2005. p. 265-283.
- ³⁴ Carvallo R. M. M. Fonoaudiologia Informação para Formação. Procedimentos em Audiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- ³⁵ Azevedo, M. F. Programa de prevenção e identificação precoce dos distúrbios da audição. In: Schochat, E. Processamento auditivo. São Paulo: Lovise, 1996. p. 75-105.
- ³⁶ Gatto, Cladi Inês and Tochetto, Tania Maria. Deficiência auditiva infantil: implicações e soluções. *Rev. CEFAC* [online]. 2007, vol.9, n.1, pp. 110-115. ISSN 1516-1846.
- ³⁷ Polezzi, RCS. Distúrbios genéticos detectados através de triagem neonatal no Município de Cassilândia-MS, 2005.
- ³⁸ Bevilacqua, M. C.; Formigoni, M. A. L. Deficiência auditiva: conversando com familiares e profissionais da saúde. São Paulo: Pulso, 2005.
- ³⁹ Martínez, J. Próteses Auditivas. In: Peña-Casanova, J. Manual de fonoaudiologia. 2ª ed. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1997.
- ⁴⁰ Almeida K, Iório MCM. Próteses Auditivas: fundamentos teóricos & aplicações clínicas. 2. ed. São Paulo: Lovise; 2003. p.35-54.
- ⁴¹ Guia de implantes cocleares para educadores. Hear now, 2006.
- ⁴² Azevedo, M. F. Programa de prevenção e identificação precoce dos distúrbios da audição. In: Schochat, E. Processamento auditivo. São Paulo: Lovise, 1996. p. 75-105.
- ⁴³ Ministério da Saúde. Portarias SAS/MS/Nº 432, de 14 de novembro de 2000.
- ⁴⁴ Ministério da Saúde. Portaria 2035/GM de 4 de novembro de 2002.
- ⁴⁵ Ministério da Saúde. Nota Técnica Informativa Nº. 004, 01 de fevereiro de 2007.
- ⁴⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 587, de 7 de outubro de 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=824. Acesso em: 19 set. 2007.

⁴⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 589, de 08 de outubro de 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id.area=824>. Acesso em: 19 set. 2007.

⁴⁸ Lago, Nereide. Análise dos Atendimentos Realizados, no SUS, às Pessoas Portadoras de Deficiência Auditiva em 2002: uma proposta de reformulação da Portaria MS/SAS nº. 432 de 2000.2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz

⁴⁹ Teixeira, Cleide Fernandes. Estudo Avaliativo da política de Atenção à Saúde Auditiva: Estudo de caso em Pernambuco. Doutorado, 2007.

⁵⁰ Ata da 10ª Reunião Extraordinária da CIB/RJ,2005.

⁵¹ Ata da 2ª Reunião Extraordinária da CIB/RJ,2007.

⁵² Lima L D. O Processo de Implementação de Novas Estruturas Gestoras no Sistema Único de Saúde: Um Estudo das Relações Intergovernamentais na CIB do RJ. Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, UERJ,1999.

⁵³ Victora, C. G.; Knauth, D. R.; Hassen, M. N. A. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

⁵⁴ Morettin, M, Bevilacqua, M. C. In: Políticas Públicas em Saúde Auditiva, 2008, Bauru. Anais do II Seminário Científico Políticas Públicas em Saúde Auditiva. São Paulo : USP, 2008.

⁵⁵ Kuk, F. K.; Potts, L.; Valent, M.; Lee, L.; Picirillo, J. Evidence of acclimatization in persons with severe-to-profound hearing loss. J. Am. Acad. Audiol.,v. 14, n. 2, p. 84-99, 2003.

⁵⁶ Amorim, R. M. C.; Almeida, K. Estudo do benefício e da aclimatização em novos usuários de próteses auditivas. Pró-Fono Revista de Atualização Científica,Barueri (SP), v. 19, n. 1, p.39-48, jan.-abril 2007.

⁵⁷ Carvalho JS A. Satisfação de Idosos com Aparelhos Auditivos Concedidos no Estado do Tocantins Arq. Int. Otorrinolaringol. , São Paulo, v.11, n.4, p. 416-426, 2007.

⁵⁸ Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente . Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

⁵⁹ Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria nº 1.395/GM de10 de dezembro de 1999.

⁶⁰ Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Portaria nº 10.741, de 01 de outubro de 2003.

⁶¹ Ribas A e Costa T. Manual de Orientação ao fonoaudiólogo que atua na área de audiologia. Conselho Federal e Regionais de Fonoaudiologia, 2007.

⁶² Almeida L G, Teixeira AR, Jotz, GP, De Barba, MG. Qualidade de vida de adultos e idosos pós adaptação de próteses auditivas. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. 2008;13(4):357-61

⁶³ Freitas C.D, Costa J. C. 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.

⁶⁴ Januário, G C Programa Estadual de Triagem auditiva Neonatal de Minas Gerais. Seminário Políticas Públicas em Saúde auditiva, 2008.

⁶⁵ Souza L.C.A.; Piza M.R.T.; Costa S.S.; Andrade M.J.; Jaeger W.L.G. (1996). Surdez infantil: diagnóstico precoce e casuística da Fundação Paparella”. Rev bras de otorrinolaringol, v. 62, n. 1, p. 9-14.

⁶⁶ Silveira J.A.M.; Silveira A.M.; Bento R.F.; Butugão O; Miniti A; Almeida E.R. (1996). “Potenciais evocados auditivos (EcoG e/ou BERA) em 2545 crianças com suspeita de disacusia e/ou distúrbios da comunicação (estudo da etiologia, graus da deficiência auditiva e precocidade do diagnóstico)”. Rev bras de otorrinolaringol, v. 62, n.5, p. 388-408.

⁶⁷ Azevedo, M. F. Triagem auditiva neonatal. In: Ferreira, L. P.; Befi-Lopes, D. M.; Limongi, S. C. O. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Rocca, 2004. p. 604-616.

⁶⁸ Carvallo R. M. M. Audição do Recém Nascido. In: Fonaudiologia em Pediatria coord. Andrade C. R. F de e Marcondes, E. São Paulo: Sacvier, 2003. P.141-147.

⁶⁹ Andrade C.R.F. Intervenção precoce em fonoaudiologia. In: BEFI D. Fonoaudiologia na atenção primária à saúde. Lovise,1997 p. 139-45.

⁷⁰ Mehl A.L.; Thomson V “Newborn hearing screening: the great omission”. Pediatrics, 1998, 101(1).

⁷¹ Bess F; Humes L. Fundamentos em audiologia . Artmed, Porto Alegre, 2000.

⁷² Godinho R; Keogb I; Eavey R. “Perda auditiva genética”. Rev bras de otorrinolaringol, 2003, 69(1), p. 100-4.

⁷³ Albuquerque, Sandra Márcia Ribeiro Lins de. Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. 2005. 246 f. Tese. (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

⁷⁴ Câmara, M F e S. Efeito de fármacos ototóxicos na audição. São Paulo; s.n; 2005. [184] p.

⁷⁵ Silva MAT, Frazão RSS, Gil, VK. Fluxo do Programa de Saúde Auditiva na Apac São Gonçalo. In: Políticas Públicas em Saúde Auditiva, 2008, Bauru. Anais do II Seminário Científico Políticas Públicas em Saúde Auditiva. São Paulo : USP, 2008.

-
- ⁷⁶ Peduzzi, Marina. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo -São Paulo* 2001, 35(1), p. 103-9
- ⁷⁷ Canesqui, Ana Maria and Spinelli, Maria Angélica do Santos. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, v. 24, n. 4
- ⁷⁸ Travassos, C.; Martins, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. S P. Rio de Janeiro*, v. 20, 2004.
- ⁷⁹ Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press; 2003.
- ⁸⁰ Northern JL; Downs M. *Audição em crianças* (1989). São Paulo: Manole.
- ⁸¹ Russo, ICP; Momensohn-Santos, TM. *Prática da audiologia clínica*. São Paulo: Cortez, 2005.
- ⁸² Vieira, A B C, Macedo, L R, Gonçalves, D U. O diagnóstico da perda auditiva na infância *Pediatria* (São Paulo); 2007, 29(1): 43-49.
- ⁸³ Rizzi F. M.L; Pereira T; Pomilio M. A. C. Programa de acompanhamento do desenvolvimento auditivo: experiência institucional. *Seminário Políticas Públicas em Saúde auditiva*, 2008.
- ⁸⁴ Cruz MS, et al *Prevalência de deficiência auditiva referida e fatores de risco associados* *Seminário Políticas Públicas em Saúde auditiva*, 2008.
- ⁸⁵ Pelegrin N. *Falando em fonoaudiologia*, 2007. Disponível em: www.inforum.insite.com.br. Acessado em fev.2009.
- ⁸⁶ Oliveira JRM, Motti TFG, Neuber DRD, Prado EP, Creppe SVTZ, Andrade CF. Dificuldades encontradas pelos deficientes auditivos adultos, após a adaptação do aparelho de amplificação sonora individual (AASI). *Acta AWHO*. 2001;20:201-5.
- ⁸⁷ Abelha S.A.O. “Um estudo da prevalência de causas da deficiência auditiva no serviço de audiologia da AMBESP”. *Rev bras de otorrinolaringol.*, 1997. 63(4), p. 337-8.
- ⁸⁸ Lima A.S.; Salles A.M.; Barreto A.P. “Perdas auditivas congênitas e adquiridas na infância”. *Rev bras de otorrinolaringol.*, 2000, 66(5), p. 486-92.
- ⁸⁹ Tschoeke, SN; Jacob, LCB; Marques JM. Estudo do diagnóstico, etiologia e (re)habilitação do deficiente auditivo em um centro da Região Sul Tuiuti: *Ciência e Cultura*, n. 39, p. 63-84, Curitiba, 2008
- ⁹⁰ Núcleo de Informações sobre Deficiência em Bauru, 2009. Acessado em jan.2009. Disponível em: http://www.usc.br/nidb/noticias/45_especialidades_sus.htm

⁹¹ De Almeida SIC, Albernaz PLM, Zaia PA, Xavier OG, Karazawa EHI. História natural da perda auditiva ocupacional provocada por ruído. Rev Assoc Med Bras 46(2):143-58, 2000.

⁹² De Conto J; Aspilicueta P; Andrade MS. Programa de triagem auditiva neonatal por emissões otoacústicas transientes da clínica-escola de fonoaudiologia da unicentro: resultados do ano de 2007. In: Políticas Públicas em Saúde Auditiva, 2008, Bauru. Anais do II Seminário Científico Políticas Públicas em Saúde Auditiva. São Paulo: USP, 2008.

⁹³ Garbi S. Entrevista a Sociedade Brasileira de Otologia. Campanha Nacional de Saúde Auditiva, nov. 2008. Disponível em: www.saudeauditiva.org.br. Acessado em dez, 2008.

⁹⁴ Santana, Claudiane José et al. Conhecimento auditivo da população usuária do Sistema Único de Saúde. Rev. soc. bras. fonoaudiol. [online]. 2009,14(1)

⁹⁵ Alvarenga KF; Lopes AC; Bevilacqua MC; Costa Filho OA; Melo TM. Aspectos do processo de diagnóstico audiológico: revisão sistemática. In: Políticas Públicas em Saúde Auditiva, 2008, Bauru. Anais do II Seminário Científico Políticas Públicas em Saúde Auditiva. São Paulo : USP, 2008.

Anexos

ROTEIRO DE ENTREVISTA - PROFISSIONAL

Identificação do Entrevistado:

Nome:

Idade:

Profissão:

Cargo que ocupa:

Tempo que ocupa este cargo:

Entrevista com os profissionais

- Como ocorreu o processo de implementação?
- Quais foram os avanços e o que falta fazer segundo o ponto de vista do profissional?
- Qual a sua opinião quanto à interação entre os fonoaudiólogos e otorrinolaringologista(s) da equipe?
- Como é estabelecida a relação com as outras unidades do município?

ATENDIMENTOS

- Quantos pacientes são atendidos em média por mês?
- Qual é a clientela atendida?
- A anamnese contempla a ocupação e a exposição a risco de perda auditiva?
- O profissional está atento à possibilidade da relação entre perda auditiva e ocupação?
- Existe uma referência e contra-referência. Qual?
- Os pacientes conseguem completar o atendimento na terapia?
- Ponto de vista dos profissionais em relação ao atendimento dos pacientes

ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

- Fluxo do tratamento.
- Como é a forma de organização da pasta do paciente?
- Todos os dados ficam registrados em um só prontuário?
- A equipe de saúde tem agenda de trabalho pré-definida?

-
- Para o preenchimento manual da APAC a equipe foi treinada?
 - A equipe tem uma pessoa treinada para a digitação e envio da APAC?
 - Como são agendados os retornos da avaliação dos AASI?
 - Como são atendidos os casos sem agendamento e com queixa do desempenho do AASI?
 - Como é agendada a entrega dos AASI?
 - Como é feita a reposição do molde?

RECURSOS HUMANOS

- Quantitativo de profissionais na Unidade pertencentes ao programa de saúde auditiva:
- Especialização da Equipe:
- Recebeu treinamento para o serviço de atenção a saúde auditiva:
- Qual o tipo e atendimento prestado:
- Existem estagiárias auxiliando na realização dos exames?
- As estagiárias recebem treinamento para o atendimento na saúde auditiva?

OBS: A Identificação do entrevistado é exclusivamente para o controle da pesquisadora, pois lhe é garantido o direito de anonimato.

ROTEIRO DE ENTREVISTA - USUÁRIOS

Identificação do Entrevistado:

Nome:

Idade:

Profissão:

Unidade:

- Quando descobriu o problema auditivo?
- Tempo transcorrido da identificação do problema até o início da terapia fonoaudiológica, se for o caso.
- Como foi o acesso ao atendimento?
- Quantas unidades de serviço à saúde você procurou antes de conseguir atendimento?
- Qual a distância entre a residência e a unidade de serviço?
- Foi protetizado na unidade?
- Encontra-se em atendimento na terapia?
- Quais as dificuldades encontradas?
- Quais as facilidades encontradas?
- Está satisfeito com o atendimento?

Sugestões:

OBS: A Identificação do entrevistado é exclusivamente para o controle da pesquisadora, pois lhe é garantido o direito de anonimato.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa sobre o estudo do processo de implementação da Política Nacional de Saúde Auditiva- PNASA no município do Rio de Janeiro, uma dissertação de mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. Você foi selecionado por estar particularmente envolvido na implementação e funcionamento dessa Unidade em estudo.

O objetivo deste é identificar e discutir os principais avanços e dificuldades do processo de implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, no município do Rio de Janeiro.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer informações por meio de entrevistas a respeito do processo de implantação e funcionamento da Política de Atenção a Saúde Auditiva, na unidade em que recebe atendimento, como: acesso ao atendimento, as dificuldades e facilidades do tratamento e fatores positivos e negativos do serviço de saúde auditiva.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguro o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. A entrevista será gravada em mp3, e após transcrição dos dados pela mestranda, o arquivo será deletado.

A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual e também qualquer prejuízo. Os resultados da pesquisa permitirão ampliar o conhecimento a respeito da PNASA no município do Rio de Janeiro podendo favorecer na elaboração de medidas de transformação de situações desfavoráveis possivelmente identificadas no transcorrer do estudo. Entretanto, não haverá nenhuma forma de compensação financeira ou outra qualquer pela participação no estudo.

Você vai receber uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Sua participação no estudo é voluntária. Em qualquer fase da pesquisa, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/ ENSP: Av. Leopoldo Bulhões, 1480 sala 314 – Manguinhos. CEP: 21041-210 – Rio de Janeiro – Brasil. Telefone: (21)2598-2863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

Mestranda: Luciana Santos Amaral
Av. Leopoldo Bulhões, 1480 sala 314 – Manguinhos.
Telefone: (21)2598-2552 / 2551
Email: lu_ufrj@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa sobre o estudo do processo de implementação da Política Nacional de Saúde Auditiva- PNASA no município do Rio de Janeiro, uma dissertação de mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. Você foi selecionado por ser utilizar o serviços de saúde auditiva das unidades estudadas.

O objetivo deste é identificar e discutir os principais avanços e dificuldades do processo de implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, no município do Rio de Janeiro.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer informações por meio de entrevistas a respeito do processo de implantação e funcionamento da Política de Atenção a Saúde Auditiva, na unidade em que trabalha, como: etapas da implantação, especificidade da organização dos serviços, as dificuldades de funcionamento e os fatores facilitadores e limitantes do processo de implementação.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e somente você e os pesquisadores terão acesso a elas. No entanto, é necessário que esteja ciente que embora seu nome não seja identificado em nenhum de nossos relatórios ou publicações que resultarão deste estudo, há possibilidade de sua identificação, considerando o pequeno número de profissionais pertencentes as Unidades estudadas.

Nenhum resultado será utilizado para avaliação do desempenho das funções que você realiza na unidade. A entrevista será gravada em mp3, e após transcrição dos dados pela mestranda, o arquivo será deletado.

A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício direto e também qualquer prejuízo. Os resultados da pesquisa permitirão ampliar o conhecimento a respeito da PNASA no município do Rio de Janeiro podendo favorecer na elaboração de medidas de transformação de situações desfavoráveis possivelmente identificadas no transcorrer do estudo. Entretanto, não haverá nenhuma forma de compensação financeira ou outra qualquer pela participação no estudo.

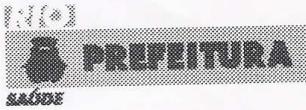
Você vai receber uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Sua participação no estudo é voluntária. Em qualquer fase da pesquisa, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/ ENSP: Av. Leopoldo Bulhões, 1480 sala 314 – Manguinhos. CEP: 21041-210 – Rio de Janeiro – Brasil. Telefone: (21)2598-2863

**Declaro que entendi os objetivos, riscos
benefícios de minha participação na
pesquisa e concordo em participar.**

Sujeito da pesquisa

Mestranda: Luciana Santos Amaral
Av. Leopoldo Bulhões, 1480 sala 314 – Manguinhos.
Telefone: (21)2598-2552 / 2551
Email: lu_ufrj@yahoo.com.br



Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde
Coordenação de Programas de Reabilitação

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que Luciana Santos Amaral mestranda em Saúde Pública (ENSP) está autorizada a frequentar a Policlínica Municipal Waldyr Franco a fim realizar o projeto “Política Nacional de Saúde Auditiva: Avanços e Entraves no Município de Rio de Janeiro”.

Em 15 de Abril de 2008

SANDRA TORTURELLA LOBO
Coordenador II / Matr. 70/196.395-9
Coordenação de Programas de Reabilitação
S/SSC/OPR



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO
DIVISÃO DE APOIO ASSISTENCIAL
SERVIÇO DE FONOAUDIOLOGIA

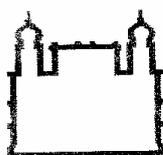
Rio de Janeiro, 28 de abril de 2008

Termo de autorização para a coleta de dados, referente ao Projeto de Pesquisa "A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: avanços e entraves no município do Rio de Janeiro", no Serviço de Fonoaudiologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, que será realizado pela aluna Luciana Santos Amaral, regularmente matriculada no curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), o qual foi submetido ao processo de qualificação da ENSO/FIOCRUZ e aprovado no dia 27 de fevereiro de 2008. Ressalta-se que o período da coleta de dados no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho somente será iniciado após sua devida aprovação do Comitê de Ética desta instituição.

Monica Rocha

Chefe do Serviço de Fonoaudiologia – HUCFF

Monica Moreira Rocha
Chefe do Serviço de Fonoaudiologia
SAPE nº 224973



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 17 de julho de 2008.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 87/08
CAAE: 0111.0.031.000.08

Título do Projeto: “A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: avanços e entraves no município do Rio de Janeiro”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Luciana Santos Amaral

Orientadores: Maria Cristina R. Guilam e Carmem Marinho

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP/Fiocruz

Data de recebimento no CEP-ENSP: 20 / 05 / 2008

Data de apreciação: 04 / 06 / 2008

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


Inês Nascimento de Carvalho Reis
Coordenadora Adjunta
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
Faculdade de Medicina
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

- Coordenador:**
 Alice Helena Dutra Violante
Médico - Prof. Associada
- Secretário:**
 Zuzana Rodrigues da Silva
Professora
- Membros Titulares:**
 Beatriz Maria Alasia de Heredia
Médico - Prof.ª Associada
 Eduardo Jorge Bastos Côrtes
Médico - Prof. Assistente
 Eliza Regina Ambrosio
Assistente Social - Mestre
 Helena Wazynsky
Representante dos Usuários
 Luzia da Conceição de Araújo Marques
Enfermeiro - Mestre
 Mário Teixeira Antonio
Farmacêutico - Especialista
 Nunitina Conceição Fernandes
Médico - Prof. Associado
 Paulo Feijó Barroso
Médico - Prof. Adjunto
 Regiane de Fátima Rivelli
Farmacêutica Doutoranda
 Roberto Coury Pedrosa
Médico - Doutor
- Membros Suplentes:**
 Anna Paola Trindade Rocha Perucci
Nutricionista - Professor Adjunto
 Beatriz Moritz Trope
Médico - Doutora
 Carlos Alberto Otamarães
Médico - Prof. Adjunto
 Cecília de Assis Martinusso
Jornalismo
 Lucia Helena Luiza Vieira Arrim
Médico - Mestre - Doutoranda
 Marco Antonio Alves Brasil
Médico - Prof. Adjunto
 Maria da Conceição Lopes Buarque - Assistente Social
 Maria da Conceição Zacharias
Médico - Professor Assistente
 Maria de Fátima Gustavo Lopes
Representante dos Usuários
 Mariângela Oliveira da Silva
Enfermeiro
 Mário Fernando Pätzhold
Engenheiro - Doutor
 Orlando Nunes Coscaza
Sociólogo - Doutor
 Rui Haddad
Médico - Prof. Adjunto

CEP - MEMO - n.º 594/08

Rio de Janeiro, 22 de agosto de 2008.

Da: Coordenadora do CEP

A (o): Sr. (a) Pesquisador (a): Dra. Luciana Santos Amaral

Assunto: Parecer sobre projeto de pesquisa.

Sr. (a) Pesquisador (a),

Informo a V. S.a. que o CEP constituído nos Termos da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa páginas 001 a 028 e seus respectivos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Protocolo de Pesquisa: 139/08 - CEP

Título: "A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: avanços e entraves no município do Rio de Janeiro."

Pesquisador (a) responsável: Dra. Luciana Santos Amaral

Data de apreciação do parecer: 18/08/2008

Parecer: "APROVADO."

Informo ainda, que V. Sa. deverá apresentar relatório semestral, previsto para 18/02/2009, anual e/ou relatório final para este Comitê acompanhar o desenvolvimento do projeto. (item VII. 13.d., da Resolução n.º 196/96 - CNS/MS).

Atenciosamente,

Prof.ª Alice Helena Dutra Violante
Coordenadora do CEP