



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

SHEILA CRISTINA SILVA DE MELO

**EIXO ATENÇÃO À SAÚDE DO PLANO VIVER SEM LIMITE: avaliação de
resultados das ações destinadas à saúde auditiva (2012 a 2019)**

Recife

2021

SHEILA CRISTINA SILVA DE MELO

EIXO ATENÇÃO À SAÚDE DO PLANO VIVER SEM LIMITE: avaliação de resultados das ações destinadas à saúde auditiva (2012 a 2019)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde do Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Área de concentração: Avaliação de Política Pública

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Fabiola Sulpino Vieira

Recife

2021

SHEILA CRISTINA SILVA DE MELO

EIXO ATENÇÃO À SAÚDE DO PLANO VIVER SEM LIMITE: avaliação de resultados das ações destinadas à saúde auditiva (2012 a 2019)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde do Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovado em: 02/09/2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a. Fabiola Sulpino Vieira (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a. Ana Cláudia Figueiró (Examinadora Externa)
Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dr.^a. Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a. Roberta de Moraes Rocha (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

À sociedade brasileira como forma de retribuição ao investimento no ensino *Stricto Sensu* público de qualidade.

Às pessoas com algum tipo de deficiência no Brasil. Em particular, às pessoas com deficiência (PcD) auditiva.

Aos beneficiados pelo eixo atenção à saúde do Plano Viver sem Limite (EAS-PVSL), de forma direta ou indireta.

Por fim, aos políticos, gestores, técnicos, pesquisadores e todos aqueles que carregam a responsabilidade de pensar e fazer política pública em um contexto social e econômico desafiador como o do Brasil,

Dedico

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento do Ministério da Saúde (DESID/MS), pelo financiamento ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde (PPGGES), vinculado ao Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco (CCSA/UFPE).

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por fomentar os cursos de Pós-Graduações no país.

Ao CCSA/UFPE, pela disponibilidade de parte do corpo docente e da estrutura física.

Assim como, à coordenação do PPGGES, Prof.^a Dr.^a. Tatiane Almeida de Menezes e Prof.^a Dr.^a. Maira Galdino da Rocha Pitta, por toda dedicação.

À Prof.^a Dr.^a. Suely Lins Galdino (*in memoriam*), pela importante contribuição para o crescimento do Programa. Ao Prof. Dr. Moacyr Jesus Barreto de Melo Rêgo, à Prof.^{ra}. Dr.^a. Adriana Falângola Bezerra e aos demais docentes, pelos momentos de diálogo e construção.

À Tunísia Souza e Maria Luiza Castro, pela disponibilidade e a todos os profissionais que fazem parte da história do PPGGES.

De modo especial, à Prof.^{ra}. Dr.^a. Fabiola Sulpino Vieira, pela orientação, acolhida, compreensão, por ter acreditado nessa pesquisa e por tanta generosidade. Professora no sentido genuíno e completo da palavra. Com quem tive o privilégio de aprender, cada palavra me impulsionou e impulsiona a seguir em busca de Conhecimentos.

À banca examinadora, por aceitar o convite e tecer colaborações importantes para esse trabalho.

Aos colegas discentes.

Aos amigos que o PPGGES me proporcionou, Jéssica de Lacerda, Caroline Matos, Gabriella Lima e Felipe Araújo, vocês foram essenciais durante essa trajetória.

Às amigas Luciana Santos Gerosino da Silva e Ana Beatriz Rigueira de Assis, por todo apoio, encorajamento e companheirismo.

À minha família, Maria Alice da Silva (*in memoriam*), Luciene Gabriel de Melo e Pablo Cristiano da Silva Melo, meu princípio de amor. Sigamos firmes de mãos dadas.

À Deus, experiência profunda, força inexplicável e fonte infinita de amor, pelo entusiasmo que me motiva a Viver, por ser o fundamento, a luz.

A todos que, apesar de não citados no texto, foram indispensáveis para a conclusão desse curso de pós-graduação.

RESUMO

A deficiência auditiva é o terceiro tipo de deficiência mais prevalente no Brasil. Constitui uma importante questão de saúde pela possibilidade de produzir desvantagens socioeconômicas para os indivíduos com essa deficiência. No Brasil, o Plano Viver sem Limite (PVSL) é a mais relevante política pública voltada à inclusão social das pessoas com deficiência (PcD). Ele foi dividido em quatro eixos estratégicos, dentre eles, o de atenção à saúde, entendido como um dos programas vinculados a essa política. A realização de uma avaliação para investigar os progressos do eixo atenção à saúde do PVSL (EAS-PVSL) se justifica porque o programa é uma importante estratégia implementada pelo Governo Federal para ampliar a oferta de serviços de saúde especializados para PcD. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi avaliar o EAS-PVSL, especialmente em relação aos resultados das ações destinadas à saúde auditiva, implementadas no período de 2012 a 2019. Adicionalmente, identificar os critérios mais utilizados para o diagnóstico da deficiência auditiva e discutir o que foi adotado na norma nacional, tendo em vista a possibilidade de produção de maior ou menor exclusão social. Para tanto, realizou-se uma avaliação *ex-post*, do tipo avaliação de resultados, na qual foram seguidas as diretrizes metodológicas do manual “Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise *Ex Post*”. Na revisão de escopo da literatura científica, realizada a partir das plataformas BVS e PUBMED, foram incluídos artigos publicados entre 2015 e 2019 sobre estudos primários, com menção explícita aos critérios utilizados para o diagnóstico da perda auditiva. Em relação ao EAS-PVSL, verificou-se que, apesar dos avanços, os gastos com o programa sofreram reduções significativas a partir de 2017. Parte das metas físicas previstas para serem atingidas até 2014 não foram alcançadas, principalmente as relacionadas à Triagem Auditiva Neonatal (TAN). Além disso, ele é tido por encerrado desde 2014 pela Coordenação-Geral da Saúde da Pessoa com Deficiência (CGSPD) do Ministério da Saúde (MS), a despeito da previsão de metas no Plano Plurianual (PPA) 2016-2019 do Governo Federal e da alocação de recursos para o seu financiamento em todo o período analisado neste estudo. Quanto ao diagnóstico da perda auditiva, observou-se que não há consenso entre a literatura nacional e internacional sobre qual é o melhor critério a ser utilizado. Todavia, há predominância pelo cálculo da média quadritonal entre as frequências de 0,5, 1, 2 e 4 kHz, que é considerado o mais eficaz para a avaliação auditiva. Esse critério não é o previsto na legislação brasileira que, ademais, somente reconhece a existência da deficiência se a perda auditiva for bilateral, o que pode gerar maior exclusão do que inclusão social, por não possibilitar que pessoas com comprometimento significativo da audição tenham acesso a oportunidades e a programas de

proteção social específicos para as PcD. Conclui-se que houve ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde com a implementação do EAS-PVSL, mas os avanços obtidos ficaram aquém do planejado. Ademais, que o programa sofre um processo de esvaziamento progressivo, que é preocupante, considerando que nenhuma outra iniciativa foi implantada em seu lugar.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Inclusão social. Perda auditiva. Pessoas com deficiência. Política pública. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Hearing loss is the third most prevalent type of disability in Brazil. It is an important health issue due to the possibility of producing socioeconomic disadvantages for individuals with this disability. In Brazil, the *Viver sem Limite* Plan (PVSL) is the most relevant public policy aimed at the social inclusion of people with disabilities (PwD). It was divided into four strategic axes, including health care, understood as one of the programs linked to this policy. An evaluation to investigate the progress of the PVSL health care axis (EAS-PVSL) is justified because the program is an important strategy implemented by the Federal Government to expand the offer of specialized health services for PwD. Thus, the aim of this study was to evaluate the EAS-PVSL, especially in relation to the results of actions aimed at hearing health, implemented from 2012 to 2019. Additionally, identify the most used criteria for the diagnosis of hearing loss and discuss the criteria adopted in the national standard, in view of the possibility of producing greater or lesser social exclusion. Therefore, an *ex-post* results evaluation was carried out, considering the methodological guidelines “Public Policy Evaluation: Practical Guide to Ex Post Analysis”, edited by Federal Government agencies. In the scope review of the scientific literature, carried out from the BVS and PUBMED platforms, articles published between 2015 and 2019 on primary studies with explicit mention of the criteria used for the diagnosis of hearing loss were included. In relation to the EAS-PVSL, it was found that despite the advances, spending on program suffered significant reductions from 2017 onwards. Part of the physical goals planned to be achieved by 2014 were not achieved, especially those related to Neonatal Hearing Screening (TAN). In addition, it is considered closed since 2014 by the General Coordination of Health of Persons with Disabilities (CGSPD) of the Ministry of Health (MS), despite the forecast of goals in the *Plano Plurianual* (PPA) 2016-2019 of the Federal Government and the allocation of resources for its financing throughout the period analyzed in this study. As for the diagnosis of hearing loss, it was observed that there is no consensus between the national and international literature on which is the best criterion to be used. However, there is a predominance of calculating the quadrilateral mean between the frequencies of 0.5, 1, 2 and 4 kHz, which is considered the most effective for hearing assessment. This criterion is not the one provided for in Brazilian legislation, which, moreover, only recognizes the existence of the disability if the hearing loss is bilateral, which can generate greater exclusion than social inclusion, as it does not allow people with significant hearing impairment to have access to opportunities and specific social protection programs for PwD. It is concluded that there was an expansion and qualification of the health care network with the

implementation of the EAS-PVSL, but that the advances obtained fell short of what was planned. Furthermore, the program is undergoing a process of progressive depletion, which is worrisome, considering that no other initiative has been implemented in its place.

Keywords: Disabled Persons. Health Evaluation. Hearing Loss. Public Policy. Social Inclusion. Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 -	Referências básicas para a descrição do problema e do PVSL	45
FIGURA 2 -	Modelo lógico do EAS-PVSL	47
QUADRO 1 -	Indicadores vinculados aos resultados imediatos esperados do EAS-PVSL	35
QUADRO 2 -	Resultados alcançados do EAS-PVSL, segundo a fonte de dados (2013 a 2019)	73
FIGURA 3 -	Fluxograma dos estudos selecionados	77
QUADRO 3 -	Distribuição das referências incluídas segundo o critério utilizado para o cálculo do grau da perda auditiva, o ano de publicação e o país	78

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 -	Distribuição média de PcD, na população com 18 anos de idade ou mais, segundo o tipo de deficiência investigada – Brasil, 2013 e 2019	39
GRÁFICO 2 -	Proporção média de PcD auditiva, na população com 18 anos de idade ou mais, segundo o sexo, a cor ou raça e os grupos etários - Brasil 2013	40
GRÁFICO 3 -	Rendimento mensal médio habitual de todos os trabalhos de pessoas de 14 anos ou mais de idade com deficiência auditiva, por sexo, segundo as Grandes Regiões - Brasil 2013	44
GRÁFICO 4 -	Execução orçamentário-financeira do MS para ações do EAS-PVSL, segundo o estágio da despesa (2012 a 2019)	49
GRÁFICO 5 -	Valores brutos transferidos pelo MS na modalidade fundo a fundo para os estados, o Distrito Federal e os municípios para a implementação de ações do EAS-PVSL (2012 a 2019)	52
GRÁFICO 6 -	Produção ambulatorial do SUS em nível nacional, por local de residência, segundo a quantidade apresentada por categorias profissionais (2012 a 2019)	64
GRÁFICO 7 -	Produção ambulatorial do SUS em nível nacional, por local de residência, segundo a quantidade apresentada de exames selecionados (2012 a 2019)	65
GRÁFICO 8 -	Produção ambulatorial do SUS em nível nacional, por local de residência, segundo a quantidade apresentada de avaliações para diagnóstico de deficiência auditiva (2012 a 2019)	66
GRÁFICO 9 -	Produção ambulatorial do SUS em nível nacional, por local de residência, segundo a quantidade apresentada de todas OPME e de OPME auditivas (2012 a 2019)	67
GRÁFICO 10 -	Produção ambulatorial do SUS em nível nacional, por local de residência, segundo a quantidade apresentada de procedimentos de manutenção/adaptação de OPME auditiva (2012 a 2019)	68
GRÁFICO 11 -	Estabelecimentos com equipamentos do SUS para exames auditivos eletrofisiológicos (2012 a 2015)	69

GRÁFICO 12 -	Estabelecimentos com equipamentos do SUS para exames auditivos básicos (2012 a 2015)	70
GRÁFICO 13 -	Estabelecimentos com equipamentos do SUS para adaptação e programação de próteses auditivas (2012 a 2015)	71

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Proporção média das pessoas que nasceram com a deficiência auditiva e das pessoas que a adquiriram por doença ou acidente, na população com 18 anos de idade ou mais, por sexo, segundo as Grandes Regiões - Brasil 2013	41
TABELA 2 -	Proporção média de PcD auditiva, na população com 18 anos de idade ou mais, por sexo, segundo o grau de limitação para realizar atividades habituais e as Grandes Regiões - Brasil 2013	42
TABELA 3 -	Proporção de PcD auditiva, na população com 18 anos de idade ou mais, segundo o nível de instrução e os agrupamentos de atividade - Brasil 2013	43
TABELA 4 -	Despesa liquidada pelo MS para ações do EAS-PVSL, segundo as modalidades de aplicação e grupos de despesa (2012 a 2019)	50
TABELA 5 -	Valores brutos transferidos pelo MS para o financiamento de ações do EAS-PVSL, segundo o tipo de repasse anual fundo a fundo (2012 a 2019)	53
TABELA 6 –	Dados de execução das ações orçamentárias referentes à atenção à saúde da PcD, segundo o estágio da despesa, informados pelo MS (2012 a 2014)	54
TABELA 7 –	Execução das metas físicas do EAS previstas no PVSL, segundo os relatórios de gestão das secretarias do MS (2012 a 2019)	57
TABELA 8 –	Execução das metas físicas do EAS previstas no PVSL, segundo os relatórios anuais de avaliação dos PPA (2012 a 2017)	60
TABELA 9 –	Dados quantitativos referentes à execução das metas físicas do EAS previstas no PVSL até 2014	62

LISTA DE SIGLAS

AAA	AMERICAN ACADEMY OF AUDIOLOGY
AAO-HNS	AMERICAN ACADEMY OF OTOLARYNGOLOGY—HEAD AND NECK SURGERY
AMA	AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
BIAP	BUREAU INTERNATIONAL D'AUDIOPHONOLOGIE
Bird	BANCO MUNDIAL
BPC	BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA
BVS	BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE
CAPES	COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR
CCSA/UFPE	CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS/UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CEO	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
CEP	COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
CER	CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO
CFFa	CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA
CGU	CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO
CGSPD	COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
CIF	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE
CNES	CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
CONEP	COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA
CONITEC	COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS
DAET	DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E TEMÁTICA
dB	DECIBEL
DeCS	DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
DESID/MS	DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DA SAÚDE, INVESTIMENTOS E DESENVOLVIMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
EAS	EIXO ATENÇÃO À SAÚDE
EAS-PVSL	EIXO ATENÇÃO À SAÚDE DO PLANO VIVER SEM LIMITE

EC 95	EMENDA CONSTITUCIONAL nº 95
EOA	EMISSIONES OTOACÚSTICAS
EOAPD	EMISSIONES OTOACÚSTICAS POR PRODUCTO DE DISTORÇÃO
EOAT	EMISSIONES OTOACÚSTICAS TRANSIENTES
ESB	EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
e-SIC	SISTEMA ELETRÔNICO DE INFORMAÇÕES AO CIDADÃO
FNS	FUNDO NACIONAL DE SAÚDE
GW	GRUPO DE WASHINGTON
HI-PRO	EQUIPAMENTO PARA PROGRAMAÇÃO DE PRÓTESE AUDITIVA
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IPCA	ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO
IRDA	INDICADOR DE RISCO PARA DEFICIÊNCIA AUDITIVA
kHz	QUILO-HERTZ
LAI	LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO
LIBRAS	LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS
LILACS	LITERATURA LATINO-AMERICANA E DO CARIBE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ME	MINISTÉRIO DA ECONOMIA
MEDLINE	<i>MEDICAL LITERATURE ANALYSIS AND RETRIEVAL SYSTEM ONLINE</i>
MeSH	<i>MEDICAL SUBJECT HEADINGS</i>
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
OPME	ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS
PAIR	PERDAS AUDITIVAS INDUZIDAS POR RUÍDO
PcD	PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
PEATE	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFÁLICO
PNS	PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE
PNSPD	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
PNTN	PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL
PPA	PLANOS PLURIANUAIS

PPGGES	PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE
PVSL	PLANO VIVER SEM LIMITE
RN	RECÉM-NASCIDOS
SAES	SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE
SAS	SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
SIASUS	SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS
SIGA Brasil	SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE O ORÇAMENTO FEDERAL
SISNEO	SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÃO EM TRIAGEM NEONATAL
STJ	SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TAN	TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL
TCU	TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO
TN	TRIAGEM NEONATAL
TST	TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO
VRA	<i>VISUAL REINFORCEMENT AUDIOMETRY</i>
VSL	VIVER SEM LIMITE

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 JUSTIFICATIVA	21
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1 DEFICIÊNCIA: CONSIDERAÇÕES GERAIS E DEFICIÊNCIA AUDITIVA.....	22
3.2 INCLUSÃO SOCIAL E O PVSL	24
3.3 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS PÚBLICOS	26
4 OBJETIVOS	31
4.1 GERAL	31
4.2 ESPECÍFICOS.....	31
5 MATERIAIS E MÉTODOS	32
5.1. AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO EAS-PVSL.....	32
5.1.1 Identificação das fontes de informação	32
5.1.2 Identificação dos resultados esperados do programa	33
5.1.3 Planejamento da avaliação de resultados.....	33
5.1.4 Coleta de informações	34
5.1.5 Aplicação da metodologia de avaliação e análise dos resultados	34
5.1.6 Aspectos éticos	35
5.2. REVISÃO DE ESCOPO DA LITERATURA	35
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
6.1 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO EAS-PVSL.....	38
6.1.1 Caracterização do público-alvo.....	38
6.1.2 Modelo lógico do EAS-PVSL.....	44
6.1.3 Execução orçamentário-financeira	48
6.1.4 Execução das metas físicas.....	55
6.1.5 Resultados alcançados.....	63
6.2 REVISÃO DE ESCOPO DA LITERATURA	76
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
8. RECOMENDAÇÕES.....	86
REFERÊNCIAS	87

1 INTRODUÇÃO

Deficiência é um tema bastante relevante e de forma geral é um conceito em evolução. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu deficiência como toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. Segundo a OMS, ela pode gerar incapacidade, que é toda restrição ou falta da capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida considerada normal para um ser humano, e produzir desvantagem, que é uma situação prejudicial para um determinado indivíduo, que limita ou impede o desempenho de um papel, em função da idade, sexo e fatores sociais e culturais (WHO, 1993; BRASIL, 2017).

Como se observa a partir desses conceitos, há uma compreensão por parte da OMS, que se reflete na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), de associação entre a deficiência, as limitações das funções e estruturas do corpo, e fatores ambientais. Entende-se que há uma interação dinâmica entre funcionalidade e deficiência, aspectos de saúde e contextuais (OMS, 2004). Nessa classificação, reconhece-se a influência dos determinantes sociais de vida na formulação do conceito de deficiência, indo-se além da mera mensuração funcional, o que estimula a concepção de políticas de inclusão social voltadas para a população (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Com relação a inclusão social, ela corresponde à possibilidade de participação e acesso das pessoas, de forma independente e segura, nos diferentes âmbitos sociais, dentre eles a saúde (BRANCO; ALMEIDA, 2019).

A OMS e o Banco Mundial (Bird) estimaram que há mais de 1 bilhão de pessoas com algum tipo de incapacidade no mundo (WHO; THE WORLD BANK, 2012). Segundo dados do Censo demográfico 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há em torno de 45,6 milhões de pessoas com, no mínimo, algum tipo de deficiência no Brasil. Desse total, a deficiência auditiva é o terceiro mais prevalente, com aproximadamente 1,1% (IBGE, 2012). Considerando os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, estima-se que o número de pessoas com deficiência (PcD) no país seja de 17,3 milhões com idade de 2 anos ou mais (IBGE, 2021).

A diferença desses números se deve a questões metodológicas, que impactaram os questionários de ambas as pesquisas. No censo 2010, as perguntas consideraram qualquer grau de dificuldade das pessoas em desempenhar certas funções, considerando como parâmetro a CIF. A partir de 2018, o IBGE, que é o órgão responsável pela realização do censo demográfico e da PNS, adotou a orientação do Grupo de Washington (GW) de Estatísticas sobre Deficiência, vinculado à Comissão de Estatística da Organização das Nações Unidas (ONU), sobre o critério

para identificação de PcD. Desde então, são consideradas PcD apenas os indivíduos que responderem ter ‘muita dificuldade’ ou ‘não consegue de modo algum’ enxergar, ouvir ou caminhar/subir degraus, ou ainda, os que tiverem alguma deficiência mental/intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar ou ir à escola (IBGE, 2018). Trata-se de um contingente expressivo de pessoas, mesmo após os ajustes de natureza metodológica entre as duas pesquisas.

Assim, tendo em vista o número significativo de PcD, a inclusão social é uma questão relevante e muito discutida em nível nacional e internacional. De forma geral e independentemente da teoria, no campo das ciências sociais, estabelece-se uma relação entre inclusão e justiça social, ou seja, se alcança a justiça social quando há um aumento de oportunidades para que um maior número de pessoas participe efetivamente da vida social (BRAGA; SCHUMACHER, 2013). Para tanto, a acessibilidade é uma das ferramentas utilizadas para a sua garantia. Ela compreende a promoção da participação das pessoas, com segurança e autonomia, em espaços sócio-organizacionais públicos e privados, sendo uma conquista social prevista em Lei no Brasil (BRANCO; ALMEIDA, 2019).

No Brasil, o Decreto nº 7.612/2011 instituiu o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, chamado de Plano Viver sem Limite (PVSL), que constitui um conjunto de compromissos assumidos pelo Governo Federal sobre os direitos das PcD, articulado a outras políticas governamentais. Seu objetivo é promover a equiparação de oportunidades para que a deficiência não seja um fator de limitação social. As metas de ação do Plano são divididas em eixos estratégicos, dentre eles, o de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Após a sua implantação, foi sancionada a Lei nº 13.146 em 2015, que é considerada um marco legal nesta área no país, pois instituiu a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Nesta Lei, adotaram-se os preceitos da Convenção sobre os Direitos das PcD, buscando-se assegurar, de forma igualitária, o seu cumprimento para a inclusão social e o exercício da cidadania por parte dessas pessoas. De modo geral, ela inclui o direito à saúde, educação, moradia, inserção no mercado de trabalho, previdência social, mobilidade, entre outros direitos (BRASIL, 2015).

Na atualidade, o PVSL constitui a mais importante política pública voltada à inclusão social das PcD. Políticas públicas são definidas como um conjunto de metas e ações organizadas em um plano projetado pelos Governos a fim de promover o bem-estar social. São executadas por meio de atos administrativos e apresentam um conceito mais extenso que o de serviços públicos (LOPES; AMARAL; CALDAS, 2008; FARO, 2013).

As políticas públicas precisam ser avaliadas, o que implica o exame dos processos para sua implementação, dos produtos gerados e de sua qualidade, das ações realizadas e dos efeitos obtidos (RUA, 2009). A avaliação de políticas públicas é um mecanismo valioso de gestão, pois proporciona subsídios para deliberação de escolhas mais eficientes, objetivando o aprimoramento da qualidade dos investimentos públicos. Nesse contexto, insere-se a avaliação de resultados, que é uma análise detalhada dos indicadores de resultados de uma política. Por meio dela, pode-se avaliar se as metas propostas no planejamento foram alcançadas e verificar os fatores que interferiram nesse processo (MERESSI; OLIVEIRA; PILETTI, 2018).

Assim, considerando a relevância do PVSL como política pública federal, propõe-se a realização de uma avaliação de resultados do seu eixo atenção à saúde (EAS) no período de 2012 a 2019, especialmente no que se refere às ações destinadas às PcD auditiva.

2 JUSTIFICATIVA

As repercussões da deficiência na vida das pessoas são inúmeras. Extrapolam aspectos técnicos relacionados à saúde e são significativas sob uma perspectiva social mais ampla. A privação sensorial da audição na infância causa dificuldade na aquisição e no desenvolvimento de linguagem oral e, em qualquer faixa etária, representa uma barreira à inclusão social (CANABARRO *et al.*, 2012). Assim como para as demais deficiências, é importante que a deficiência auditiva seja diagnosticada precocemente e que seu tratamento ocorra de forma adequada.

A inclusão de PcD em uma sociedade onde a maioria da população não apresenta incapacidade é bastante complicada. Visando à igualdade de oportunidades e de benefícios, além do acesso a todos os bens e serviços de saúde, sem discriminação, faz-se necessário que a inclusão social seja garantida por Lei e se concretize por meio de políticas públicas e programas governamentais bem desenhados e implementados. Dada a importância dessas políticas e, considerando que o PVSL é a mais importante delas em âmbito nacional, é imprescindível avaliar a ação governamental, verificando-se até que ponto os resultados esperados foram alcançados. Se as ações planejadas foram efetivas e, finalmente, se foram suficientes para a inclusão social das PcD no país.

Ademais, não foram identificados estudos que tenham avaliado os resultados do PVSL como um todo, ou de seu eixo atenção à saúde, o que reforça a necessidade de preencher essa lacuna de conhecimento a respeito dessa relevante política pública.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DEFICIÊNCIA: CONSIDERAÇÕES GERAIS E DEFICIÊNCIA AUDITIVA

A discussão sobre o conceito de deficiência vem crescendo e se modificando ao longo do tempo. Os debates conceituais passaram por inúmeras bases de compreensão. Dentre as visões sobre a deficiência, destacam-se a baseada no modelo biomédico de explicação do processo saúde-doença, limitada apenas aos aspectos corporais, e aquelas que se fundamentam em modelos que consideram o processo saúde-doença sob uma perspectiva social e ampla (FREITAS, 2009; BOCCOLINI *et al.*, 2017).

Sabe-se que a definição não é simples e envolve múltiplos fatores, por isso deve ser entendida a partir de sua complexidade. Atualmente, o modelo mais abrangente e usado internacionalmente é o desenvolvido pela OMS e adotado na CIF. Esse modelo ultrapassa a mensuração funcional da deficiência e a conceitua como a relação entre as restrições dos aspectos corporais e os contextuais, tais como os ambientais, sociais e culturais (OMS, 2004). Além disso, o seu reconhecimento a respeito dos determinantes de condição de vida estimula a concepção de políticas de inclusão social (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

No Brasil, o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, regulamenta a Lei nº 7.853/1989 - Lei de Apoio às Pessoas Portadoras de Deficiência. Nesse decreto, o Governo Federal assume o conceito de deficiência estabelecido pela OMS, definindo-a como: “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano (BRASIL, 1999)”.

Já o artigo 2º da Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - diz que PcD é: “Art. 2º Aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015)”.

De acordo com o Relatório Mundial sobre a Deficiência, produzido pela OMS em parceria com o Bird, mais de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo tem algum tipo de deficiência ou incapacidade. Esse número representa aproximadamente 15% da população mundial, sendo observada maior incidência sobre os grupos mais vulneráveis, como mulheres, idosos e pessoas em situação de pobreza extrema. Sobre a população infantil, estimou-se que,

no mínimo, 10% das crianças nascem com algum tipo de deficiência ou a adquirem durante o seu desenvolvimento (WHO; THE WORLD BANK, 2012).

No Brasil, os resultados do último Censo demográfico realizado pelo IBGE, em 2010, indicam que havia em torno de 45,6 milhões de pessoas (23,9%) com algum tipo de deficiência naquele ano. Desse total, mais de 17,7 milhões (6,7%) foram classificadas como “severas”. A deficiência visual (3,4%) foi a mais predominante, seguida pela motora (2,3%) e auditiva (1,1%). No Censo, o IBGE não considerou os critérios de deficiência assumidos na legislação brasileira. Ou seja, as informações sobre deficiência foram autorreferidas (IBGE, 2012).

Um estudo realizado entre 2013 e 2014 revelou a prevalência autorreferida de deficiência no Brasil. Parte dos dados utilizados nesse estudo foi extraída da PNS que toma como referência a legislação brasileira para classificação de deficiência. Os dados mostraram que 6,2%, cerca de 12,4 milhões de brasileiros, referiram algum tipo de deficiência. A deficiência visual foi a mais prevalente dentre as investigadas, com valor de 3,6%, por volta de 7,2 milhões de pessoas. Seguida pelas deficiências física, com 1,3% (2,6 milhões), auditiva 1,1% (2,2 milhões) e intelectual 0,8% (1,5 milhão). A diferença verificada entre os resultados do IBGE e do estudo mencionado anteriormente pode ser justificada pela adoção de conceitos distintos de deficiência (MALTA *et al.*, 2016).

A deficiência auditiva é um dos tipos de privação sensorial e pode ser caracterizada pela diferença entre o desempenho auditivo do sujeito e a habilidade adequada para percepção dos estímulos sonoros. Ela é classificada quanto ao tipo, ao grau, à configuração audiométrica e à lateralidade (MARCHESI, 1996; SILMAN; SILVERMAN, 1997; MOMENSON-SANTOS *et al.*, 2007).

Silman e Silverman (1997) sugerem que a classificação quanto ao tipo de perda auditiva tem a finalidade de estabelecer o topo-diagnóstico da alteração e pode ser dividida em: condutiva, neuro-sensorial e mista. Sobre a configuração audiométrica, os autores asseveram que ela está relacionada aos limiares de via aérea de cada orelha e a classificam como: ascendente, horizontal, descendente (leve, acentuada e em rampa), em U, em U invertido e em entalhe. Em relação à lateralidade, a perda auditiva é considerada bilateral quando ambas as orelhas estão comprometidas e unilateral quando apenas uma delas apresenta alteração.

A respeito da classificação do grau da perda auditiva, existem inúmeras recomendações publicadas. Lloyd e Kaplan (1978) a fizeram baseados na média tritonal dos limiares auditivos para as frequências de 500, 1.000 e 2.000 Hz. O Bureau Internacional de Fonoaudiologia (1996) (BIAP - *Bureau International d'AudioPhonologie*) e a OMS (2014) indicam o uso da média

quadrilateral dos limiares auditivos para as frequências de 500, 1.000, 2.000 e 4.000 Hz (ANEXO A).

A recomendação do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), por meio do Guia de Orientações na Avaliação Audiológica Básica, é de que a escolha para a utilização de qualquer uma das classificações de grau da perda auditiva seja de livre decisão de cada profissional. Porém, é indispensável referenciar qual classificação foi adotada (CFFa, 2020).

Segundo o Decreto nº 5.296/2004 que regulamenta as Leis nº 10.048/2000 e nº 10.098/2000, a pessoa portadora de deficiência auditiva é aquela que atende ao critério descrito no artigo 4º (BRASIL, 2004):

Artº 4: É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias: ... II - deficiência auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz...

Ao se comparar o critério de deficiência auditiva descrito na legislação brasileira e os critérios sugeridos pela literatura vigente e pelo CFFa, notam-se divergências e imprecisão. No Decreto nº 5.296/2004, limita-se a classificação de perda auditiva ao grau e à lateralidade. As perdas unilaterais não são consideradas e, quanto ao cálculo do grau, há ambiguidade sobre a utilização das frequências. Da forma apresentada no decreto, não fica evidente se o valor em dB é obtido a partir da média quadrilateral ou das frequências isoladas. Além dessas questões, a utilização da frequência de 3.000Hz não é recomendada em literatura internacional para classificação do grau de perda auditiva, como visto anteriormente. Isso revela que os critérios adotados no Brasil para reconhecimento da deficiência auditiva precisam ser discutidos e avaliados quanto à possibilidade de provocarem, em alguma medida, exclusão ao invés de inclusão social.

3.2 INCLUSÃO SOCIAL E O PVSL

A respeito da inclusão social, é importante destacar que se trata de um tema bastante relevante e que se vincula a diversos outros temas. A acessibilidade é uma das ferramentas necessárias para a garantia de uma sociedade inclusiva. Ela carrega significados complexos, que podem variar entre autores, representando um grande desafio teórico e prático. De forma geral, entende-se por inclusão social a promoção da participação das pessoas, com segurança e autonomia, em espaços sócio-organizacionais públicos e privados, no âmbito da saúde,

educação, cultura, mercado de trabalho, lazer, transporte, comunicação, informação, entre outros (BRANCO; ALMEIDA, 2019).

Historicamente, as PcD lutam por direitos e políticas que promovam seu acesso igualitário a esses espaços. No Brasil, os primeiros movimentos sociais datam da década de 60. Desde então, houve um avanço importante na politização das pessoas e na formulação de políticas públicas inclusivas. O Brasil é considerado um dos países mais inclusivos da América Latina devido às medidas legislativas e judiciais adotadas que promovem a inclusão social das PcD (III CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 2012).

Sobre a legislação brasileira, destacam-se a Lei nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000, que “Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências (BRASIL, 2000)”. O Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004), que:

Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

Além dessas normas, o Decreto nº 7.612 de 17 de novembro de 2011 “Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite (BRASIL, 2011)”. E a Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015 é considerada um marco legal importante, pois “Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) (BRASIL, 2015)”.

Entre as políticas públicas voltadas à inclusão social das PcD, o PVSL é a mais relevante. Ele constitui um conjunto de compromissos assumidos pelo Governo Federal, baseados em recomendações da Convenção da ONU sobre os direitos das PcD e nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram previstos investimentos de R\$ 7,6 bilhões a partir da instituição do Plano em 2011 até 2014 e metas de ação em eixos estratégicos, divididos em: acesso à educação, inclusão social, acessibilidade e atenção à saúde (PVSL, 2013).

O EAS apresenta cinco metas. A primeira está relacionada com a identificação e a intervenção precoce, com ênfase nos Programas de Triagem Neonatal; a segunda incentiva a publicação de novas Diretrizes Terapêuticas; a terceira trata da ampliação do acesso, por meio da qualificação e da criação de Centros Especializados em Reabilitação (CER); a quarta enfatiza a ampliação da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção; e a quinta diz

respeito a uma proposta de atenção odontológica direcionada para as PcD (ANEXO B) (PVSL, 2013).

O eixo atenção à saúde do PVSL (EAS-PVSL), como programa governamental, reforça o propósito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD) (BRASIL, 2017) e lhe dá concretude, que é o de:

reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano - de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social - e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

A PNSPD foi instituída em 2002 e estabeleceu entre as suas diretrizes: A) a promoção da qualidade de vida da PcD; B) assistência integral à saúde da PcD; C) prevenção de deficiências; D) ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; E) organização e funcionamento dos serviços de atenção à PcD; e F) capacitação de recursos humanos. Essa política foi integrada à portaria do Ministério da Saúde (MS) que consolida normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS em 2017 (BRASIL, 2017).

Ainda que o Brasil venha apresentando mudanças crescentes na formulação de políticas públicas inclusivas, é necessário que haja eficácia e efetividade na implementação das ações e que os resultados esperados sejam alcançados. PcD avaliam que algumas dessas políticas ainda não são efetivas ou não são adequadas para a sua inclusão social (PAGLIUCA *et al.*, 2015). Isso reforça a relevância da avaliação dessas políticas, seja para corrigir os rumos da ação governamental ou para mantê-los, se os resultados se mostrarem positivos.

3.3 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS PÚBLICOS

Na literatura em saúde, é pouco usual encontrar a apresentação dos conceitos de políticas e de programas públicos em trabalhos que tenham por objeto intervenções governamentais para o enfrentamento de problemas diversos. É possível que isso ocorra pela falta de clareza dos autores sobre o que os diferencia. Em artigo recente, Lassance (2021, p. 63) destaca que essa dificuldade é comumente encontrada no campo da administração pública. Considerando o aparato teórico-metodológico que permeia o debate sobre políticas públicas e programas governamentais, o autor propõe as seguintes definições:

“Política pode então ser conceituada como uma proposta institucionalizada de solução de um problema central, orientada por uma concepção. Podemos chamar essa concepção de teoria,

quando for fundamentada por uma explicação lógica, ou seja, quando for capaz de ligar causas e consequências explicativas (isto é, que respondam o porquê desse problema central). Programa é, precisamente, a solução dada a cada um dos problemas causais que explicam o problema central da política e que foram julgados cruciais por uma estratégia concebida para cercá-lo, enfrentá-lo e superá-lo”.

Como o problema central tratado na política geralmente tem causas diversas e complexas, o seu enfrentamento demanda a implementação de mais de um programa (LASSANCE, 2021). Por sua vez, os programas que compõem uma política podem empregar um ou mais instrumentos para lidar com os problemas causais do problema central. Esses instrumentos podem ser definidos como elementos para a resolução dos problemas, ou ainda, como ferramentas utilizadas para a produção de mudança social, com efeitos sobre “as atividades e comportamentos de indivíduos e grupos sociais na produção, distribuição e consumo de bens públicos” (CAPELLA, 2018, p. 75).

As políticas públicas são caracterizadas por um conjunto de ações descritas em um planejamento realizado pelos Governos Federal, Estadual e Municipal, cujo principal objetivo é garantir os direitos dos cidadãos, favorecendo o estado de bem-estar social. Além disso, elas representam decisões e interesses políticos no que se refere à alocação dos recursos (FARO, 2013; ESTEVÃO; FERREIRA, 2018).

Em razão da importância das políticas e programas para a efetivação de direitos e regulação das diversas atividades que se realizam em um país, abrangendo as dimensões política, econômica e social, com grandes impactos para a população, há consenso a respeito da relevância de sua avaliação. De acordo com Champagne e colaboradores (apud Figueiró, Frias e Navarro, 2010, p. 6):

“avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, considerando os diferentes atores envolvidos que possam ter julgamentos diferentes, de modo a revelar a posição sobre a intervenção e construir (individualmente ou coletivamente) um julgamento que possa se traduzir em ações”.

Contandriopoulos e colaboradores (1997, p. 34) destacaram que os objetivos das avaliações podem ser oficiais ou oficiosos. Os oficiais são:

A) ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico); B) fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo); C) determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo); e D) contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental).

Já os objetivos oficiosos podem ser diversos, de acordo com os atores do processo:

a) administradores: podem querer atrasar uma decisão, legitimar uma decisão já tomada, ampliar seu poder e o controle que eles exercem sobre a intervenção ou satisfazer as exigências dos organismos de financiamento; b) avaliadores: podem buscar ampliar os conhecimentos, seu prestígio e poder, obter uma promoção ou promover uma ideia que lhes é importante; c) usuários: podem buscar benefícios com serviços diferentes dos disponíveis habitualmente ou reduzir sua dependência perante profissionais; e d) pessoal de uma organização: pode buscar atropelar as regras hierárquicas e obter um adiantamento.

Figueiró, Frias e Navarro (2010), tendo por base políticas e programas no campo da saúde, defendem que as avaliações devem ser realizadas com o propósito de contribuir para a tomada de decisão dos seus responsáveis, visando à melhoria das intervenções e à qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde. Trata-se, portanto, de uma compreensão de que as avaliações em saúde se justificam por seus objetivos oficiais, que devem considerar como princípio orientador o bem-estar dos indivíduos.

Em relação às abordagens de avaliação, ainda há grandes dissensos entre os estudiosos do tema, o que é atribuído ao fato de que este é um campo do conhecimento ainda muito jovem (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004). Existem várias metodologias de avaliação de políticas públicas e programas, assim como formas de classificá-las. A escolha, por uma ou mais delas, vai depender da habilidade técnica, das características dos dados, do momento da avaliação, entre outros. Não há um padrão ideal e a melhor metodologia será aquela que gere informações consistentes (MERESSI; OLIVEIRA; PILETTI, 2018).

Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004) dividem as abordagens da avaliação em seis categoriais: 1) centradas em objetivos: concentram-se na especificação de metas e objetivos e na determinação da medida em que foram atingidos; 2) centradas na administração: que focam na identificação e no atendimento das necessidades de informação dos tomadores de decisão; 3) centradas no consumidor: para fornecer informações sobre produtos sob a perspectiva do consumidor; 4) centradas em especialistas: que dependem do conhecimento de especialistas para julgar a qualidade das atividades avaliadas; 5) centradas no adversário: que foca na identificação de prós e contras considerando os diversos pontos de vista dos avaliadores; e 6) centradas no participante: em que o envolvimento dos interessados no objeto da avaliação é fundamental para determinar valores, critérios, necessidades e dados de avaliação.

Dentre essas abordagens, as avaliações centradas em objetivos são extensamente empregadas pela simplicidade de sua implementação e por produzirem informações relevantes

para os responsáveis pelo programa. Elas são realizadas com o propósito de se julgar em que medida os objetivos da política ou programa foram alcançados. Epistemologicamente, são avaliações que se filiam às correntes filosóficas e ideológicas objetivista e utilitarista. Segundo o objetivismo, as informações da avaliação devem ser cientificamente objetivas e utilizar técnicas de coleta e análise dos dados que produzam resultados reproduzíveis e verificáveis por outras pessoas. Já o utilitarismo estabelece que o valor de um programa é determinado a partir da estimativa do impacto global dele sobre seu público-alvo (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRIK, 2004).

Quanto aos julgamentos de valor, que são definidos como declarações a respeito do mérito do programa, sua validade e significado, são gerados a partir da comparação entre os achados e a interpretação dos resultados da avaliação em relação aos padrões prévios selecionados para tanto. Esses padrões ou referenciais podem ter relação com os objetivos do programa, normas profissionais, o desempenho de programas semelhantes, entre outros (ALVES *et al.*, 2010).

Em relação às dimensões a serem consideradas, alguns autores defendem que na avaliação de políticas públicas, a questão orçamentária é fundamental e deve ser pensada durante todo o processo. Isso porque ela ultrapassa o âmbito econômico e é permeada pela chamada “economia política”, ou seja, envolve escolhas, decisões políticas. O que se espera, de forma geral, é que os recursos finitos sejam alocados da melhor maneira, visando ao aprimoramento da qualidade dos investimentos públicos (MERESSI; OLIVEIRA; PILETTI, 2018).

O Governo Federal publicou em 2018 dois referenciais metodológicos sobre a avaliação de políticas públicas. Os principais objetivos dessas publicações são fornecer uma padronização sobre as abordagens de avaliação de políticas e programas públicos e fomentar essa prática por parte dos gestores, visando à utilização eficiente de recursos. Os referenciais estão relacionados ao momento da avaliação e são classificados em: *ex-ante* e *ex-post*. Avaliações *ex-ante* são as que informam se uma política pública deve ou não ser criada, acontecem antes da implementação. E as do tipo *ex-post* avaliam a política pública em andamento, sendo utilizadas para o monitoramento e avaliação dos indicadores de resultados (BRASIL, 2018a; 2018b).

O Guia prático de análise *ex-post* classifica as avaliações desse tipo em executiva e específicas. Dentre as específicas, a avaliação de resultados tem como finalidade responder se os objetivos propostos foram alcançados ou não. Essa avaliação leva em consideração os indicadores que estão ligados diretamente e indiretamente com a política. Inicia-se pela identificação dos resultados esperados, seguido pelo planejamento da avaliação, definição do

método de coleta, aplicação da metodologia e elaboração de recomendações a partir das conclusões (BRASIL, 2018b). Assim, a partir da categorização proposta por Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004) para as abordagens avaliativas, pode-se classificar a avaliação de resultados descrita no Guia Federal como avaliação centrada em objetivos.

A implementação de políticas públicas e programas governamentais interfere de forma direta e indireta na vida dos cidadãos, por meio de ações voltadas para áreas como saúde, educação, meio ambiente, economia e segurança pública. Em razão da importância dessas políticas, é essencial que os tomadores de decisão as avaliem de maneira criteriosa baseados em técnicas apropriadas e métodos de avaliação regulamentados. Desse modo, pode-se compreender que a avaliação de políticas públicas é uma ferramenta valiosa de gestão por subsidiar a deliberação de escolhas mais eficientes (MENEGUIN, 2010).

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Avaliar o EAS-PVSL, especialmente em relação aos resultados das ações destinadas à saúde auditiva, implementadas no período de 2012 a 2019.

4.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população de PcD auditiva no Brasil, em termos de prevalência e perfil socioeconômico.
- Elaborar o modelo lógico do EAS-PVSL.
- Dimensionar o montante de recursos alocados pelo Governo Federal ao EAS-PVSL.
- Analisar o cumprimento das metas do EAS-PVSL pelo Governo Federal, com ênfase nas ações voltadas à saúde auditiva.
- Identificar os critérios mais utilizados nacional e internacionalmente para o diagnóstico da deficiência auditiva, compará-los àquele estabelecido pela legislação brasileira e discutir as possíveis consequências do parâmetro legal adotado no Brasil para a proteção social das pessoas com essa deficiência.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se uma avaliação *ex-post* do EAS-PVSL, do tipo avaliação de resultados, com foco especial nas ações destinadas à saúde auditiva, considerando-se a abrangência nacional do Plano. Trata-se de uma abordagem de avaliação quantitativa e com desenho de estudo descritivo (SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010). Adicionalmente, dada a relevância do adequado diagnóstico das PcD auditiva e dos critérios empregados para tanto, realizou-se uma revisão de escopo da literatura científica sobre esse tema (MUNN *et al.*, 2018).

O EAS constitui um dos programas vinculados ao PVSL, o qual, embora não tenha recebido a denominação de política, pode ser considerado como tal.

5.1. AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO EAS-PVSL

Foram seguidas as diretrizes metodológicas constantes no manual “Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise *Ex Post*”, considerando os resultados imediatos esperados com a implementação das ações previstas pelo Plano (BRASIL, 2018b). A avaliação de resultados foi conduzida observando as seguintes etapas:

5.1.1 Identificação das fontes de informação

As fontes de informação identificadas para a obtenção de dados sobre o público-alvo da política, os recursos financeiros alocados pelo Governo Federal, os recursos humanos e físicos existentes e o cumprimento das metas estabelecidas para o eixo foram as seguintes:

- IBGE, PNS 2013 (IBGE, 2015);
- IBGE, PNS 2019 (IBGE, 2021);
- IBGE, Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) (IBGE, 2020);
- Senado Federal, Sistema de Informações sobre o Orçamento Federal (SIGA Brasil) (BRASIL, 2020a);
- MS, Fundo Nacional de Saúde (FNS) (BRASIL, 2020b);
- MS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2020c);
- MS, Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIASUS) (BRASIL, 2020d);

- MS por meio da Controladoria-Geral da União (CGU), valores de execução orçamentária informados a partir de solicitação de acesso à informação, registrada no Sistema Eletrônico de Informações ao Cidadão (e-SIC) (BRASIL, 2020e);
- Tribunal de Contas da União (TCU), relatórios anuais de gestão das secretarias do MS e da Secretária de Atenção à Saúde (SAS) (BRASIL, 2020f); e
- Ministério da Economia (ME), relatórios de avaliação dos Planos Plurianuais do Governo Federal (PPA) (BRASIL, 2020g).

Também foram utilizados dados de prevalência e socioeconômicos da população com deficiência auditiva no Brasil, obtidos da literatura técnico-científica e de levantamentos governamentais.

5.1.2 Identificação dos resultados esperados do programa

Foi preciso construir um modelo lógico para servir de base para o processo de avaliação, pois não se identificou em documentos elaborados e publicados pelos formuladores do programa uma matriz que vinculasse os resultados esperados aos objetivos do PVSL (FIGURA 2).

O modelo foi elaborado a fim de organizar as ações previstas no EAS-PVSL e conectá-las aos resultados esperados. Para tanto, observaram-se as recomendações de Cassiolato e Guerresi (2010) para a realização desse tipo instrumento. As ações previstas no modelo foram baseadas nos documentos de lançamento do PVSL (ANEXO B).

Verificam-se, na Figura 2, cinco resultados imediatos esperados. Porém, o foco da avaliação dos resultados alcançados foi dado às ações que possibilitam, de forma mais imediata, a obtenção de informações acerca da população beneficiada. Dessa forma, foram destacados quatro resultados relativos: 1) às deficiências identificadas e tratadas precocemente; 2) ao atendimento ampliado de PcD em CER; 3) ao acesso ampliado de PcD a órteses e próteses; e 4) ao atendimento ampliado das PcD quanto às ações de atenção odontológica.

5.1.3 Planejamento da avaliação de resultados

A sequência de perguntas utilizadas para subsidiar o estudo, levando em conta a disponibilidade de dados e limitações temporais, foram: os resultados esperados/planejados em relação às metas do EAS-PVSL foram alcançados? A taxa de cobertura dos serviços desse eixo

apresentou crescimento durante o período avaliado? O número de pessoas beneficiadas por esses serviços aumentou ao longo do tempo? O objetivo do EAS-PVSL foi atingido?

5.1.4 Coleta de informações

Os dados coletados de documentos técnicos e de relatórios sobre o programa correspondem ao período de implementação de 2012 a 2019 e relacionam-se com as metas e resultados esperados. Foram tabulados e analisados com o suporte do software Excel 16.0.

Quanto aos gastos do Governo Federal, para fins de análise de sua evolução, os valores foram corrigidos monetariamente pelo IPCA para preços de 2019.

5.1.5 Aplicação da metodologia de avaliação e análise dos resultados

As informações relativas à caracterização do público-alvo, à mensuração da execução orçamentário-financeira pelo Governo Federal e ao cumprimento das metas estabelecidas para o eixo foram analisadas e interpretadas de forma quantitativa (ALVES, *et al*, 2010).

Os resultados foram analisados considerando as metas estabelecidas pelos responsáveis pelo programa e a evolução da oferta e da cobertura por serviços de saúde específicos, além da população beneficiada. Foram utilizados os indicadores listados no Quadro 1, retirados dos relatórios considerados na avaliação, para cada resultado imediato esperado.

QUADRO 1 – Indicadores vinculados aos resultados imediatos esperados do EAS-PVSL

INDICADORES	RESULTADOS IMEDIATOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> • População beneficiada e cobertura do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN); 	1. Deficiências identificadas e tratadas precocemente.
<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura da Triagem Auditiva Neonatal (TAN); 	
<ul style="list-style-type: none"> • Número de beneficiados, quantidade de procedimentos e cobertura dos CER; 	2. Atendimento ampliado de PcD em CER.
<ul style="list-style-type: none"> • Quantidade de beneficiados e de procedimentos executados pelas oficinas ortopédicas; 	3. Acesso ampliado de PcD à órteses e próteses.
<ul style="list-style-type: none"> • População beneficiada pela oferta de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), número de concessões e de procedimentos efetuados; 	
<ul style="list-style-type: none"> • População beneficiada pelo atendimento nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e quantidade de procedimentos realizados. 	4. Atendimento ampliado das PcD às ações de atenção odontológica.

Fonte: Relatórios do PPA e de gestão do MS.

Elaboração própria.

5.1.6 Aspectos éticos

Por utilizar dados secundários de acesso e domínio público, não se faz necessário o registro e nem a avaliação deste estudo por Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), em observância às prerrogativas descritas na Resolução nº 510/2016.

5.2. REVISÃO DE ESCOPO DA LITERATURA

As revisões de escopo podem ser classificadas com uma abordagem recente para a síntese de evidências científicas. Em geral, são utilizadas para identificar informações disponíveis sobre um determinado tema ou conceito, explicar as principais definições da literatura, analisar as falhas de conhecimento e até preceder uma revisão sistemática. O principal objetivo é proporcionar um panorama de evidências por meio de um método rigoroso (MUNN *et al.*, 2018).

A revisão foi elaborada visando a identificação dos critérios utilizados, nacional e internacionalmente, para o diagnóstico da deficiência auditiva. Por se tratar de um método secundário, que não envolve a identificação de seres humanos, não se fez necessário o registro do estudo na CONEP e nem a sua avaliação por um CEP.

A seguinte pergunta norteou a revisão de escopo: quais são os critérios utilizados para o diagnóstico da perda auditiva nacional e internacionalmente? A partir dos resultados obtidos nessa revisão, discutiram-se as possíveis consequências do que é estabelecido pela legislação brasileira para a proteção social de PcD auditiva.

Para a busca da literatura científica, foram utilizadas duas plataformas, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a PUBMED, que dão acesso a importantes fontes de informação na área da saúde, as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Além dessas, foram utilizadas outras fontes, como a legislação brasileira e documentos técnicos nacionais. O levantamento foi realizado no mês de abril de 2020.

A seleção dos artigos foi realizada por meio de estratégias de buscas diferentes para cada base de dados, porém manteve-se o operador booleano *and*. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os *Medical Subject Headings* (MeSH) contemplados foram: “critérios”, “diagnóstico”, “deficiência auditiva”, “*hearing loss*”, “*criteria*” e “*diagnosis*”. Para o rastreamento na plataforma BVS utilizou-se a expressão de busca: (tw:(critérios)) *and* (tw:(diagnóstico)) *and* (tw:(deficiência auditiva)). A opção título, resumo e assunto foi selecionada em todas as linhas. A estratégia aplicada na PUBMED foi: ((*hearing loss* [MeSH Terms]) *and* *criteria* [Title/Abstract]) *and* *diagnosis* [Title/Abstract].

Como critérios de inclusão, foram definidos os seguintes: A) artigos publicados nos idiomas inglês, espanhol e português; B) estudos realizados com seres humanos; C) estudos primários/originais; D) os publicados de 2015 a 2019; e E) menção explícita aos critérios que foram utilizados para o diagnóstico de perda auditiva. Os critérios de exclusão foram: A) artigos publicados em outros idiomas; B) estudos realizados com animais; C) estudos secundários, como revisões sistemáticas, narrativas e integrativas, metanálises e guias de práticas clínicas; D) os duplicados; e E) os que não explicitaram os critérios utilizados no diagnóstico de perda auditiva.

Inicialmente, para a seleção dos artigos, o critério foi a remoção das duplicatas, seguido pela exclusão de referências após a leitura dos títulos e resumos, e para finalizar, realizou-se a leitura na íntegra dos artigos elegíveis e incluídos. Os dados foram estruturados por meio de um instrumento contendo as seguintes informações: plataforma de busca, autores, ano de

publicação, país e critério utilizado para o diagnóstico de perda auditiva. A análise da pesquisa foi realizada de forma qualitativa e descritiva, na qual foram discutidos os pontos mencionados nos objetivos propostos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO EAS-PVSL

6.1.1 Caracterização do público-alvo

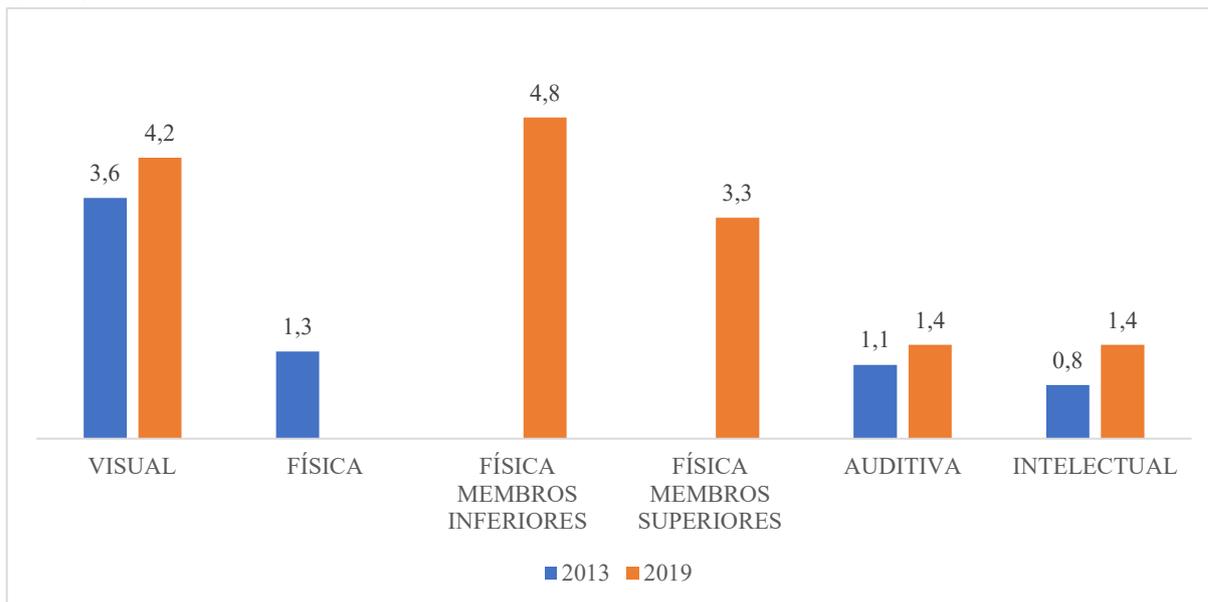
Nesta seção, as informações sobre as PcD no Brasil são provenientes de duas edições da PNS, 2013 e 2019 (IBGE, 2015; 2021). As PNS são realizadas pelo IBGE em parceria com o MS. Sobre as PcD, na PNS 2013, a pesquisa teve por base a população com 18 anos ou mais, enquanto que, na PNS 2019, maior destaque foi dado para as informações sobre pessoas com 2 anos ou mais de idade. Assim, para as questões que foram reproduzidas na pesquisa mais recente, considerando o grupo de pessoas com 18 anos ou mais de idade, foram utilizadas informações relativas a 2019. Na sua ausência, reportam-se as informações relativas a 2013 para essa população. Também vale destacar que, embora o IBGE tenha adotado uma mudança no conceito de PcD em suas pesquisas a partir de 2018, o que se refletiu na PNS 2019 e se refletirá no próximo Censo Demográfico, esse conceito já havia sido adotado na PNS 2013.

A seguir, passa-se a caracterizar o público-alvo do PVSL. Em 2019, estimou-se que 17,3 milhões de pessoas com 2 anos ou mais de idade no Brasil tinham deficiência relacionada a pelo menos uma de suas funções, o que correspondia a 8,4% da população de 2 anos ou mais de idade naquele ano (IBGE, 2021).

Apresenta-se no Gráfico 1 a distribuição média de PcD na população com 18 anos ou mais, segundo o tipo de deficiência investigada. Em 2013, a prevalência de deficiência visual era de 3,6%, seguida pelas deficiências física com 1,3%, auditiva 1,1% e intelectual 0,8%. Em 2019, a prevalência de deficiência visual foi de 4,2%, de 1,4% para a auditiva e de 1,4% para a intelectual. No caso da deficiência física, a PNS 2019 desagrega a informação segundo os membros inferiores e superiores, sendo a prevalência para cada uma delas de 4,8% e 3,3% respectivamente.

Nota-se, com base na PNS 2013, que além de ocupar o terceiro lugar entre os tipos de deficiências investigadas, a deficiência auditiva é o segundo tipo mais frequente entre as de natureza sensorial. Santos (2020a) diz que as deficiências sensoriais são caracterizadas pelo funcionamento inadequado dos mecanismos proprioceptivos. A importância da organização sensorial para o processo de aprendizagem e desenvolvimento de atividades cotidianas é descrita desde a década de 1960, por Jean Ayres, por meio da teoria de integração sensorial. Atualmente, conhecida como Ayres Sensory Integration[®] (LANE *et al.*, 2019).

GRÁFICO 1 – Distribuição média de PcD, na população com 18 anos de idade ou mais, segundo o tipo de deficiência investigada - Brasil, 2013 e 2019 (Em %)



Fonte: IBGE (2015; 2021).
Elaboração própria.

No Gráfico 2, verifica-se a proporção média de PcD auditiva segundo o sexo, a cor ou raça e os grupos etários. Esse tipo de deficiência foi mais prevalente entre pessoas do sexo masculino (1,2%), da cor ou raça branca (1,4%) e na faixa etária de 60 anos ou mais (5,2%). De forma menos frequente, observam-se pessoas do sexo feminino (1%), das cores ou raças preta e parda (0,9% cada) e na faixa etária de 0 a 9 anos (apenas 0,1%).

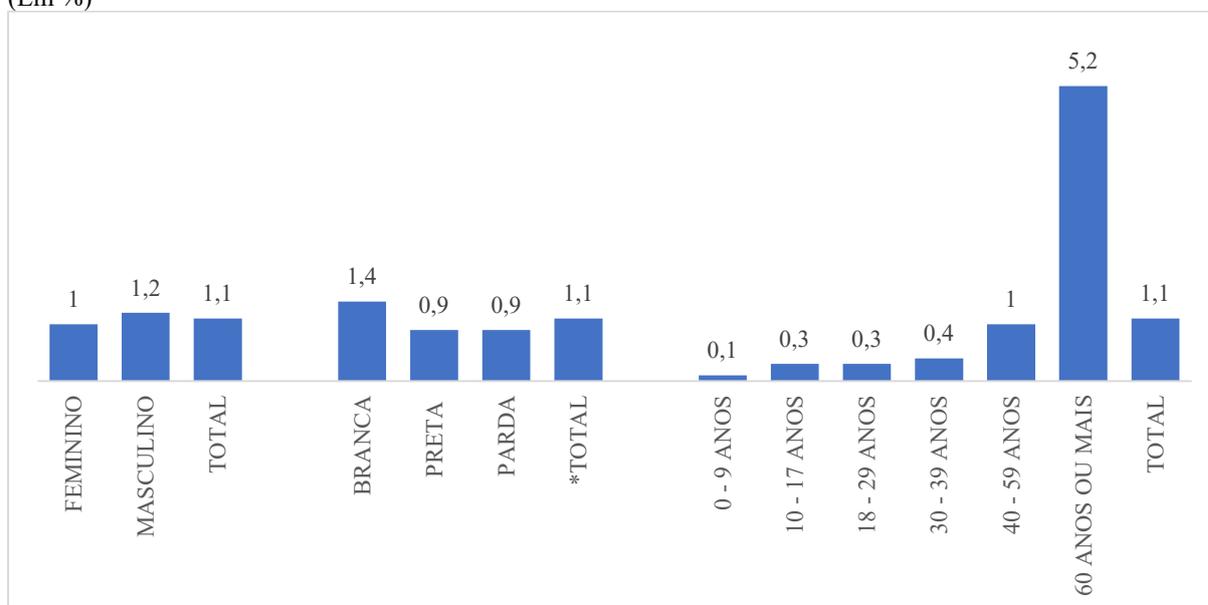
Esses resultados suscitam algumas questões quando comparados aos dados demográficos da população brasileira, constantes do Censo 2010, uma vez que ela é composta, em sua maioria, por pessoas do sexo feminino, das cores ou raças preta e parda e na faixa etária de jovens e adultos (BRASIL, 2010). Será que há maior prevalência de deficiência auditiva entre os brancos porque os negros sequer são diagnosticados? Haveria maiores barreiras de acesso aos serviços especializados para a população negra? As profundas desigualdades socioeconômicas do Brasil fazem supor que sim.

Alguns autores reconhecem que há inúmeros obstáculos para o acesso da população negra aos serviços de saúde no Brasil. Citam, por exemplo, que as questões socioeconômicas, as barreiras estruturais e o desrespeito à diversidade cultural, étnica e racial são os principais fatores para esse impedimento (SILVA *et al.*, 2019).

Quanto ao diagnóstico da perda auditiva em idades iniciais, considera-se que os programas de TAN são o passo inicial. Porém, acredita-se que no Brasil a efetividade desse tipo

de serviço é questionável, há uma cobertura baixa e desigual em todo território nacional (PASCHOAL; CAVALCANTI; FERREIRA, 2017).

GRÁFICO 2 – Proporção média de PcD auditiva, na população com 18 anos de idade ou mais, segundo o sexo, a cor ou raça e os grupos etários - Brasil, 2013 (Em %)



Fonte: IBGE (2015).

Nota: * Inclusive pessoas de cor ou raça amarela e indígena.

Elaboração própria.

A proporção média das pessoas que nasceram com deficiência auditiva e daquelas que a adquiriram por doença ou acidente é apresentada na Tabela 1. Ao compará-las, é possível identificar que a proporção média da deficiência auditiva congênita é inferior ao da adquirida, 0,2% e 0,9% respectivamente. A região Sul concentrou a maior proporção das deficiências auditivas adquiridas por doença ou acidente (1,3%), enquanto a região Norte registrou a menor delas (0,6%).

As informações contidas na Tabela 1 podem corroborar os dados do Gráfico 2 e de estudos sobre avaliação da cobertura da TAN. No Brasil, vários estados e municípios tentaram aprovar a Lei sobre a obrigatoriedade da realização da TAN. No entanto, só em 2 de agosto de 2010, a Lei Federal nº 12.303, tornou-a obrigatória (BRASIL, 2010). Ainda assim, constata-se que há uma diferença considerável da cobertura entre as regiões do país e que a maioria dos programas não funcionam de forma universal, comprometendo o diagnóstico precoce da perda auditiva (LÔBO; ANDRADE; ALVES, 2020).

TABELA 1 – Proporção média das pessoas que nasceram com a deficiência auditiva e das pessoas que a adquiriram por doença ou acidente, na população com 18 anos de idade ou mais, por sexo, segundo as Grandes Regiões - Brasil, 2013
(Em %)

GRANDES REGIÕES	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
<i>Nasceram com a deficiência auditiva</i>			
Brasil	0,2	0,2	0,2
Norte	0,2	0,2	0,2
Nordeste	0,3	0,2	0,2
Sudeste	0,1	0,2	0,1
Sul	0,2	0,1	0,1
Centro-Oeste	0,1	0,2	0,2
<i>Adquiriram a deficiência auditiva por doença ou acidente</i>			
Brasil	1,0	0,9	0,9
Norte	0,7	0,5	0,6
Nordeste	0,9	0,8	0,8
Sudeste	1,1	0,9	1,0
Sul	1,3	1,3	1,3
Centro-Oeste	0,9	0,7	0,8

Fonte: IBGE (2015).
Elaboração própria.

Na Tabela 2, encontra-se a proporção média de PcD auditiva de acordo com o grau de limitação para realizar atividades habituais. A maioria das pessoas informou pouca ou nenhuma limitação para realização de atividades (56,4%). Nesta categoria, as PcD auditiva do sexo masculino se destacaram nacionalmente e em grande parte das regiões (Norte, Sudeste e Centro-Oeste). No entanto, entre os que declararam grau intenso ou muito intenso de limitações (20,6%), houve predomínio de pessoas do sexo feminino nas médias nacional e nas regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste.

Nicolau, Schraiber e Ayres, em 2013, analisaram a prestação da assistência integral em saúde para mulheres com deficiência. Segundo os autores, elas enfrentam inúmeras iniquidades em saúde e ocupam um lugar de dupla vulnerabilidade, por serem mulheres e PcD.

TABELA 2 – Proporção média de PcD auditiva, na população com 18 anos de idade ou mais, por sexo, segundo o grau de limitação para realizar atividades habituais e as Grandes Regiões - Brasil, 2013 (Em %)

GRANDES REGIÕES	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
<i>Grau intenso/muito intenso de limitações</i>			
Brasil	19,8	21,5	20,6
Norte	26,8	26,4	26,6
Nordeste	23,8	25,4	24,6
Sudeste	17,1	20,0	18,5
Sul	18,6	18,2	18,4
Centro-Oeste	17,1	21,9	19,3
<i>Pouca ou nenhuma limitação</i>			
Brasil	59,3	53,3	56,4
Norte	60,3	51,6	56,4
Nordeste	49,4	51,7	50,5
Sudeste	64,2	51,7	58,2
Sul	60,9	62,6	61,8
Centro-Oeste	64,2	43,4	54,5

Fonte: IBGE (2015).

Elaboração própria.

Dados socioeconômicos de PcD auditiva são apresentados a seguir. Quanto ao nível de instrução e agrupamento de atividade, a Tabela 3 demonstra que grande parte das PcD auditiva não tinha qualquer tipo de instrução formal ou possuía apenas o ensino fundamental incompleto (1,8%) em 2013. E que somente 0,5% delas alcançou o ensino superior completo. A maioria delas estava inserida em atividades que requerem pouca qualificação, relacionadas à agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura (21%); indústria de forma geral (18,9%); comércio e reparação de veículos (17,9%) e construção (10,9%).

Para Silva e Bordas (2020), as dificuldades enfrentadas pela PcD auditiva no campo profissional, seja para ingressar ou se manter no mercado de trabalho, está intimamente relacionada às políticas públicas educacionais de qualidade. Uma vez que, um dos critérios para ocupar ou não uma vaga de trabalho depende, dentre outros fatores, da qualificação profissional.

TABELA 3 – Proporção de PcD auditiva, na população com 18 anos de idade ou mais, segundo o nível de instrução e os agrupamentos de atividade - Brasil, 2013
(Em %)

CATEGORIAS	MÉDIA (%)
<i>*Nível de instrução</i>	
Sem instrução e fundamental incompleto	1,8
Fundamental completo e médio incompleto	0,8
Médio completo e superior incompleto	0,5
Superior completo	0,5
<i>**Agrupamento de atividade</i>	
Agricultura, Pecuária, Produção Florestal, Pesca e Aquicultura	21,0
Indústria Geral	18,9
Comércio, Reparação de veículos automotores e motocicletas	17,9
Construção	10,9
Educação, Saúde Humana e Serviços Sociais	5,7
Alojamento e Alimentação	5,1
Serviços Domésticos	4,8
Serviços Prestados	4,7
Administração Pública, Defesa e Seguridade Social	4,6
Transporte, Armazenagem e Correio	3,3
Outros Serviços	2,4

Fonte: IBGE (2015).

Nota 1: * Considerou-se as pessoas de 5 anos ou mais de idade.

Nota 2: ** Pessoas de 14 anos ou mais de idade.

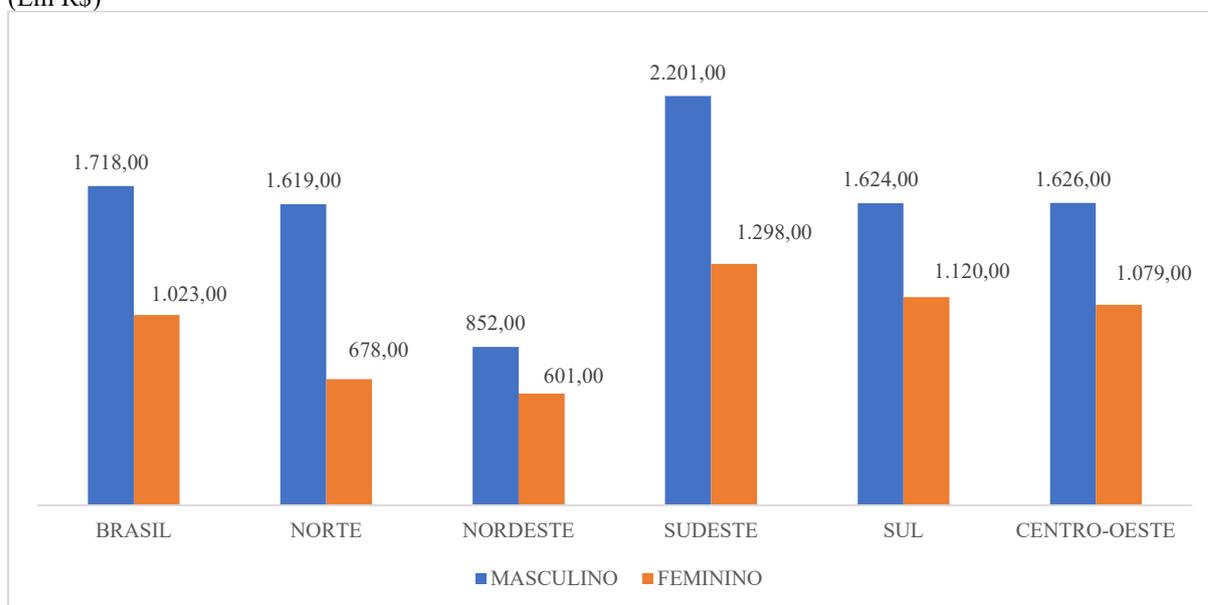
Elaboração própria.

O rendimento mensal médio das PcD auditiva segundo o sexo é exposto no Gráfico 3. A disparidade dos rendimentos entre os sexos é nítida tanto na média do Brasil quanto em todas as regiões. O Sudeste, por sua vez, apresentava as melhores médias mensais para ambos os sexos, R\$ 2.201,00 para homens e R\$ 1.298,00 para mulheres em 2013. Já a região Nordeste concentrava os piores rendimentos médios, sendo R\$ 852,00 para o sexo masculino e R\$ 601,00 para o feminino. No Norte, verificou-se a maior disparidade de rendimentos entre os sexos. Nessa região, as PcD auditiva do sexo masculino recebem, aproximadamente, 139% a mais do que as do sexo feminino.

A desigualdade de renda entre os gêneros é um tema bastante relevante, ele ultrapassa as barreiras da deficiência e atinge a sociedade como um todo. De acordo com alguns autores, frequentemente, os homens têm rendas maiores que as mulheres. Os elementos que podem interferir negativamente nesse cenário são: a maternidade, o tipo de ocupação, a carga horária de trabalho, a discriminação construída socialmente e a classe social. A diferença de renda entre

os gêneros é mais elevada entre pessoas de classe social mais baixa do que entre as de classe alta (MUNIZ; VENEROSO, 2019).

GRÁFICO 3 – Rendimento mensal médio habitual de todos os trabalhos de pessoas de 14 anos ou mais de idade com deficiência auditiva, por sexo, segundo as Grandes Regiões - Brasil, 2013 (Em R\$)



Fonte: IBGE (2015).
Elaboração própria.

Dessa forma, quanto à caracterização do público-alvo desse estudo, a PcD auditiva no Brasil, é possível dizer que ele é constituído, majoritariamente, por homens, da cor ou raça branca e na faixa etária de 60 anos ou mais. Na maioria das vezes, essa deficiência foi adquirida por doença ou acidente e representa pouca ou nenhuma limitação para o desenvolvimento das atividades habituais. Essas pessoas, no geral, não têm instrução formal ou têm o ensino fundamental incompleto. A renda mensal varia de acordo com o sexo e a região geográfica, estando os piores rendimentos atribuídos às mulheres da região Nordeste.

Contudo, como discutido anteriormente, é possível que haja algum tipo de discordância no tocante a essas informações. Particularmente, no que se refere à predominância do sexo, da cor ou raça, da faixa etária e da origem da perda auditiva, se congênita ou adquirida. O que significaria um público-alvo ainda mais vulnerável.

6.1.2 Modelo lógico do EAS-PVSL

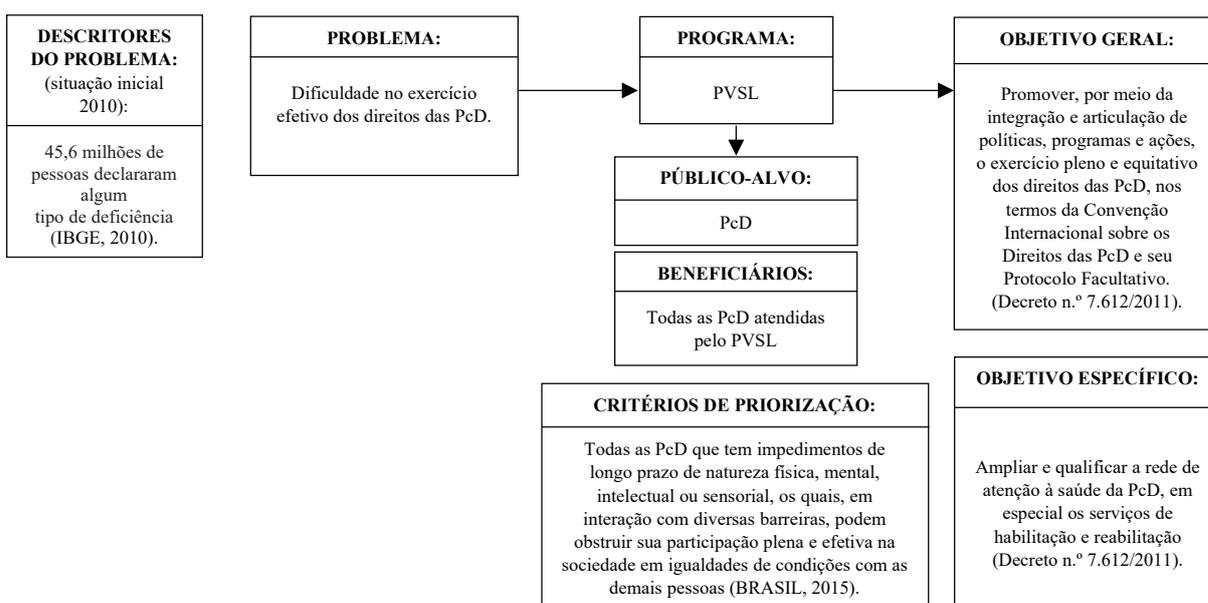
Como mencionado anteriormente, para guiar a avaliação de resultados, foi preciso elaborar o modelo lógico do EAS-PVSL, haja vista a indisponibilidade desse referencial nos

documentos publicados pelo Governo Federal sobre o Plano. A elaboração do modelo lógico do programa é relevante porque ele: A) explicita os vínculos entre uma intervenção e seus efeitos; B) documenta o sentido de um programa; C) revela o conjunto de hipóteses necessárias para que a intervenção melhore a situação identificada (o problema); D) explicita o caminho tomado pelos atores e seus objetivos; E) constitui ferramenta de comunicação por resumir a lógica adotada na formulação do programa (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Embora seja recomendável que os responsáveis pela formulação de programas governamentais explicitem seu modelo lógico, dificilmente eles são encontrados, seja porque não foram publicados nos documentos oficiais seja porque sequer foram elaborados. Isso demanda dos avaliadores a sua produção, como etapa inicial do processo de avaliação (BEZERRA *et al.*, 2010; CHAMPAGNE *et al.*, 2011; PINTO; SOUZA, 2017).

Na elaboração do modelo lógico do EAS-PVSL, foi preciso primeiro explicitar a descrição do problema e do PVSL, conforme recomendam Cassiolato e Guerresi (2010), o que se faz na Figura 1. Como pode ser visto a seguir, há uma quantidade expressiva de pessoas com algum tipo de deficiência no Brasil (45,6 milhões de pessoas, segundo dados do Censo 2010) (BRASIL, 2010). Devido aos impasses para a efetivação dos direitos das PcD, o PVSL tem como fundamento a implementação de programas públicos em diversas áreas, com o propósito de equiparar as oportunidades. Adiante estão descritos o público-alvo, a população beneficiada, os objetivos e critérios de priorização do setor atenção à saúde do Plano.

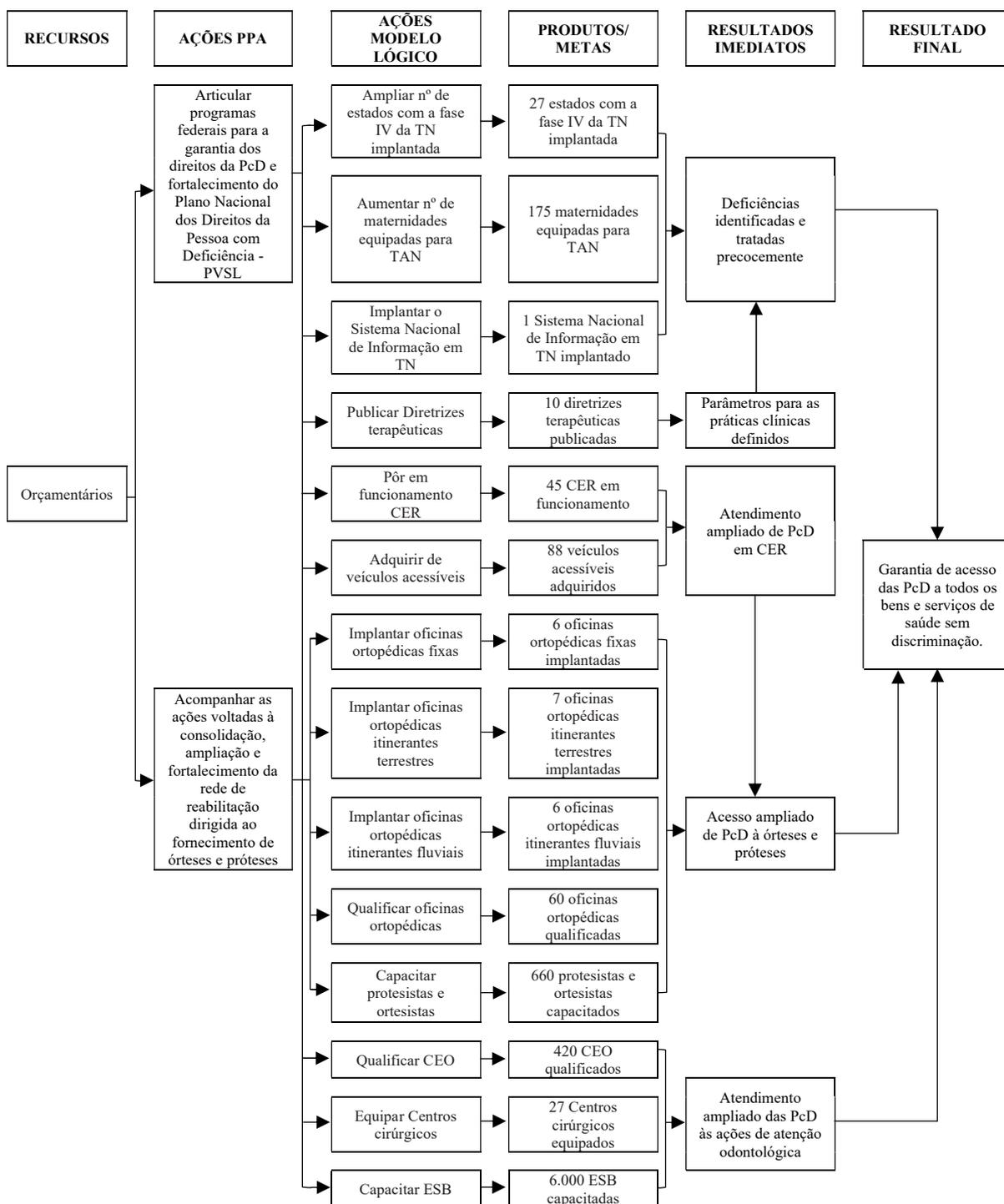
FIGURA 1 – Referências básicas para a descrição do problema e do PVSL



Elaboração própria, 2020.

Na Figura 2, apresenta-se o modelo lógico elaborado a partir das informações publicadas pelo governo. Os dados foram obtidos por meio da análise dos relatórios dos PPA e do documento de lançamento do Plano. A organização do modelo foi disposta em seis colunas que vão desde o tipo de recurso disponibilizado, passando pelas ações previstas nos PPA, ações que integram o Plano, pelos produtos e metas dessas ações, alcance dos resultados imediatos e, por fim, resultados finais esperados. Visto que, a proposta deste estudo é realizar uma avaliação de resultados, posteriormente serão exibidos os avanços correspondentes até os resultados imediatos do modelo a seguir.

FIGURA 2 – Modelo lógico do EAS-PVSL



Fonte: PVSL, 2013

Nota: PcD = Pessoas com Deficiência; TN = Triagem Neonatal; TAN = Triagem Auditiva Neonatal; CER = Centro Especializado em Reabilitação; CEO = Centro de Especialidades Odontológicas; ESB = Equipes de Saúde Bucal. Elaboração própria, 2020.

A partir do modelo lógico da Figura 2, pode-se constatar que as ações e os produtos/metadados do PVSL estão centrados no diagnóstico e tratamento precoce das deficiências, em orientações bem definidas para subsidiar a prática clínica, na ampliação do atendimento de

PcD em CER, no maior acesso dessas pessoas à órteses e próteses e no atendimento ampliado desse público-alvo às ações de atenção odontológica. Ou seja, o cuidado à saúde da PcD está estruturado de modo conjunto entre os componentes da Atenção Básica, Atenção Especializada, Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Historicamente, as políticas de assistência à saúde da PcD eram organizadas de forma fragmentada e por consequência em dissenso com os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS. As portarias nº 587/2004, sobre Saúde Auditiva e a nº 3.128/2008, de Assistência à Pessoa com Deficiência Visual, demonstram essa segmentação do cuidado (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

No que se refere ao acesso dessas pessoas aos serviços de saúde, apesar das melhorias identificadas ao longo do tempo, ainda há dificuldades relacionadas à organização em rede e ao processo de trabalho. Para as PcD auditiva, a barreira linguística é o principal obstáculo encontrado, falta capacitação dos profissionais de saúde e intérpretes da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) (MUNGUBA; VIEIRA; PORTO, 2015; SOUZA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, o delineamento do PVSL se mostra oportuno, considerando a conjuntura da oferta dos serviços de saúde para as PcD.

6.1.3 Execução orçamentário-financeira

Apresentam-se, nesta seção, informações sobre a execução orçamentário-financeira do PVSL no âmbito do MS. Essa análise é importante para investigar o montante de recursos alocado ao programa e o nível de priorização de sua implementação ao longo do tempo.

No Gráfico 4, evidenciam-se os gastos por estágio da despesa (empenhada, liquidada e paga). O estágio de empenho é aquele em que se faz reserva no orçamento do valor que será futuramente comprometido com determinada despesa. A despesa é registrada como liquidada quando a administração pública reconhece que os serviços foram prestados ou os bens foram entregues pelas empresas contratadas, ou ainda, que os requisitos foram cumpridos pelos estados, municípios e outras instituições para a realização da transferência de recursos. Por fim, o estágio de pagamento é o de execução financeira em que as despesas são pagas (VIEIRA; PIOLA, 2016).

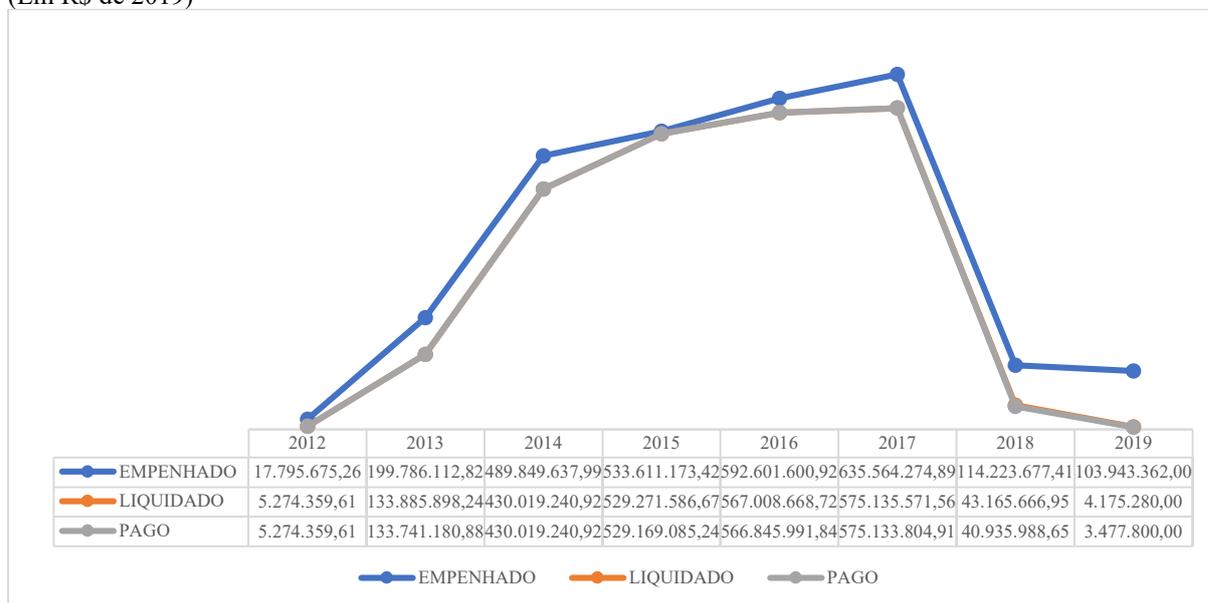
Observa-se, no Gráfico 4, a evolução orçamentário-financeira do MS para as ações de atenção à saúde do PVSL, de acordo com o estágio da despesa. Para a despesa empenhada, percebe-se um crescimento considerável dos recursos entre os anos de 2012 e 2014, aproximadamente 2.650%. Este foi o período inicial de operacionalização do Plano, sendo o

ano de 2014 o prazo inicial para o cumprimento das metas estabelecidas. De 2014 a 2017, o aumento dos recursos se manteve, porém, de forma menos robusta, em torno de 30%. Destacase o ano de 2017, onde houve a maior disponibilidade orçamentária-financeira do MS para o PVSL, no período investigado.

Esse episódio pode ser explicado pela inclusão de algumas ações voltadas para o enfrentamento da Síndrome Congênita do Vírus Zika no PVSL. A partir de 2017 até 2019, inicia-se uma etapa de declínio dos valores executados em relação aos períodos anteriores. Queda por volta de 83,5% em 2019 em comparação a 2017.

Em relação às diferenças entre as despesas empenhadas e liquidadas, verifica-se que, em todo o intervalo estudado, os valores liquidados são inferiores aos empenhados. No entanto, no ano de 2015, quase todo o recurso empenhado foi utilizado para prestação dos serviços (99,9%). Em 2018, nota-se uma redução significativa na liquidação das despesas e, em 2019, do total de despesas empenhadas, somente cerca de 4% foi liquidada. Ou seja, o valor que se converteu na prestação de serviços e compra de bens foi extremamente baixo nesse ano.

GRÁFICO 4 – Execução orçamentário-financeira do MS para ações do EAS- PVSL, segundo o estágio da despesa (2012 a 2019)
(Em R\$ de 2019)



Fonte: Senado Federal, SIGA Brasil

Nota: Valores em R\$ corrigidos pelo IPCA para preços de 2019.

Elaboração própria.

Na Tabela 4, demonstra-se a distribuição da despesa liquidada do MS para as ações de atenção à saúde do PVSL, conforme a modalidade de aplicação e o grupo de natureza de despesa. Ao observar a evolução anual dos valores liquidados, constata-se acréscimos até

2017 e, a partir desse ano, reduções até 2019. A despesa liquidada em 2019, foi 21% inferior em relação à liquidada em 2012, segundo ano do PVSL, quando os recursos alocados passaram a ter marcação separada no orçamento federal.

No que diz respeito aos gastos totais por modalidade, nota-se que o maior percentual de repasse ocorreu para municípios (73,81%), seguido para os estados (25,27%). As aplicações diretas do MS (0,78%) e as outras modalidades de aplicação, tais como, transferências ao exterior e às instituições privadas sem fins lucrativos (0,12%) tiveram baixa participação na execução dos recursos federais (Tabela 4). Esses dados reforçam as responsabilidades dos entes federativos descritas na Lei nº 8.080/90, especialmente a descentralização das ações e serviços de saúde em favor dos municípios. De forma geral, compete à união formular, implementar e apoiar políticas públicas; aos estados, promover descentralização para os municípios, assim como, coordenar ações de forma complementar; e aos municípios, a execução de grande parte dos serviços em seu território (BRASIL, 1990). Em relação aos grupos de despesa, do total de recursos alocados entre 2012 e 2019, R\$ 2,04 bilhões foram para o custeio dos serviços (89%) e R\$ 248,2 milhões para investimentos na rede de atenção à saúde das PcD (11%).

TABELA 4 – Despesa liquidada pelo MS para ações do EAS-PVSL, segundo as modalidades de aplicação e grupos de natureza de despesa (2012 a 2019)
(Em R\$ de 2019)

ANO	MODALIDADES DE APLICAÇÃO				TOTAL	GRUPOS DE NATUREZA DE DESPESA	
	Transf. aos Municípios	Transf. aos Estados	Aplicações diretas	Outras		Custeio	Investimentos
2012	230.845	1.316.562	2.982.375	744.662	5.274.445	3.727.037	1.547.408
2013	73.233.673	60.147.432	506.679	-	133.887.784	133.769.227	118.558
2014	306.925.810	114.113.693	7.004.246	1.991.462	430.035.211	421.528.635	8.506.576
2015	401.281.478	127.141.414	858.155	-	529.281.047	464.096.569	65.184.478
2016	433.903.919	131.035.663	1.850.180	222.370	567.012.132	458.717.531	108.294.601
2017	438.971.540	135.820.496	364.716	3.607	575.160.360	554.578.867	20.581.492
2018	32.209.275	6.590.472	4.367.158	-	43.166.905	3.329.829	39.837.077
2019	2.149.925	2.025.355	-	-	4.175.280	-	4.175.280
TOTAL	1.688.906.465	578.191.088	22.108.790	2.962.101	2.287.993.165	2.039.747.695	248.245.470

Fonte: Senado Federal, SIGA Brasil

Nota 1: Valores em R\$ corrigidos pelo IPCA para preços de 2019.

Nota 2: A variável *plano orçamentário* não está disponível no SIGA Brasil para o ano de 2012. Esta é uma limitação para a estimativa dos gastos com o PVSL.

Elaboração própria.

Os dados apresentados na Tabela 4 também explicitam a perda de priorização do programa a partir de 2017, como destacado anteriormente. Houve redução significativa da

execução orçamentário-financeira com o EAS-PVSL a partir daquele ano. Ainda na Tabela 4, o valor liquidado com o programa em 2019 (R\$ 4,2 milhões) ficou em patamar inferior ao observado em 2012 (R\$ 5,3 milhões em valores de 2019). A alocação de recursos para políticas públicas e programas governamentais constitui uma fonte relevante de informação por meio da qual se pode concluir sobre o quão essas políticas e programas são priorizados pelos governos (OLIVEIRA, 2012).

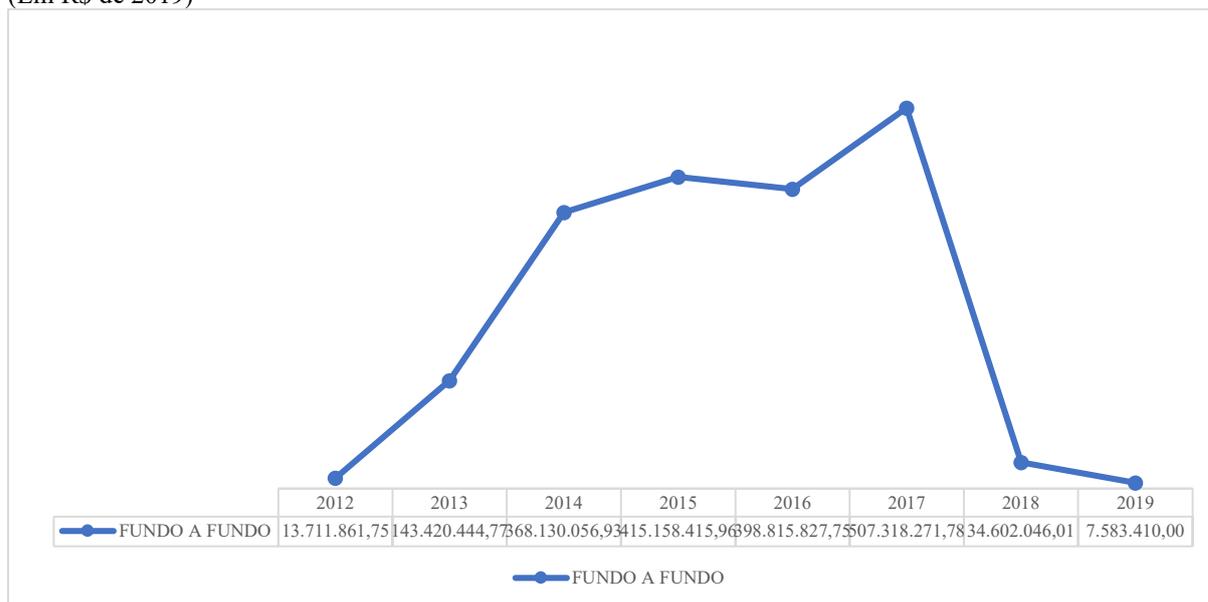
Outra fonte relevante de informação sobre a transferência de recursos aos estados e municípios é o FNS. O Fundo de Saúde é uma ferramenta obrigatória utilizada para gerir os recursos financeiros do setor saúde. É instituído mediante Lei própria de cada ente federativo e consiste em contas bancárias específicas, são elas: FNS, fundos de saúde estaduais, do Distrito Federal e municipais (BRASIL, 2020b).

A modalidade de transferência fundo a fundo corresponde à movimentação desses recursos entre tais contas bancárias na forma de blocos de financiamento. Ou seja, do FNS para os fundos de saúde estaduais, do Distrito Federal e municipais. Assim como, dos fundos de saúde estaduais para os municipais. Suas vantagens estão relacionadas à economicidade e a transparência. Essa modalidade proporciona que os recursos da saúde sejam monitorados, mais facilmente, pelas instituições e pela sociedade. Todavia há críticas, por parte de alguns gestores, acerca da fragmentação dos repasses por meio dos blocos. Para eles, poderá haver comprometimento na qualidade das ações e serviços prestados em saúde, devido a diversidade dos critérios de alocação para cada um deles (PIOLA, 2017).

Os dados do FNS relativos às transferências do MS aos fundos de saúde dos estados e municípios na modalidade fundo a fundo diferem daqueles apresentados anteriormente, oriundos do Siga Brasil, em razão da inclusão de restos a pagar de exercícios anteriores e da não inclusão de transferências que são feitas por meio de outras modalidades, como os convênios, por exemplo.

A seguir, no Gráfico 5, identifica-se a distribuição do valor bruto transferido do MS para ações do EAS-PVSL, segundo o repasse anual fundo a fundo para os estados, o Distrito Federal e os municípios. Inicialmente, entre 2012 e 2014, nota-se uma progressão, em torno de 2.584%, dos valores repassados. Logo após, um acréscimo, por volta de 12,7%, até 2015. O intervalo entre 2015 e 2017 foi marcado por mais um aumento, dessa vez, perto de 22,2%. Desde então, até 2019, houve um retrocesso importante dos valores repassados, queda aproximada de 98,5%. O que representou uma redução de 44,7% dos valores transferidos em 2019 em relação a 2012.

GRÁFICO 5 – Valores brutos transferidos pelo MS na modalidade fundo a fundo para os estados, o Distrito Federal e os municípios para a implementação de ações do EAS-PVSL (2012 a 2019)
(Em R\$ de 2019)



Fonte: MS, FNS

Nota: Valores em R\$ corrigidos pelo IPCA para preços de 2019.

Elaboração própria.

Ao colacionar os valores de transferência constantes na Tabela 4 com os do Gráfico 5, nota-se que a maior parcela foi transferida por meio da modalidade de repasse fundo a fundo, que é considerada regular e automática. O valor liquidado em transferências para os estados e os municípios entre 2012 e 2019 foi de 2,27 bilhões (Tabela 4). Nesse período, o valor repassado pelo FNS aos estados e municípios foi de R\$ 1,88 bilhões. Embora esses valores se refiram a estágios de despesa diferentes, porque os dados do FNS incluem pagamento de restos a pagar de anos anteriores, ainda, assim, pode-se dizer que a parcela transferida fundo a fundo é majoritária. Outro mecanismo utilizado para a transferência de recursos é a celebração de convênio, que é bastante criticada por se tratar de um processo mais burocrático e de execução financeira mais engessada.

Na Tabela 5, estão distribuídos os valores brutos transferidos pelo MS, para financiamento de ações do EAS-PVSL, segundo o tipo de repasse anual fundo a fundo. O repasse municipal representou cerca de 73,6% do total de recursos transferidos. Já para os estados, o repasse foi em torno de 26,4%. Mais uma vez, as transferências para os municípios são evidenciadas, visto que, eles são os grandes executores das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

TABELA 5 – Valores brutos transferidos pelo MS para o financiamento de ações do EAS-PVSL, segundo o tipo de repasse anual fundo a fundo (2012 a 2019)
(Em R\$ de 2019)

ANO	TIPO DE REPASSE		TOTAL
	MUNICIPAL	ESTADUAL	
2012	10.779.014	2.932.848	13.711.862
2013	84.916.162	58.504.282	143.420.445
2014	267.414.351	100.715.706	368.130.057
2015	303.587.128	111.571.288	415.158.416
2016	294.378.606	104.437.222	398.815.828
2017	392.548.329	114.769.943	507.318.272
2018	31.201.077	3.400.969	34.602.046
2019	5.583.410	2.000.000	7.583.410
TOTAL	1.390.408.078	498.332.257	1.888.740.335

Fonte: MS, FNS

Nota: Valores em R\$ corrigidos pelo IPCA para preços de 2019.

Elaboração própria.

Os valores de execução orçamentária informados pelo MS, a partir de solicitação registrada no e-SIC, são apresentados na Tabela 6. Esses dados foram solicitados com o objetivo de se obter detalhamento sobre a execução-orçamentária e financeira do MS, que não se consegue por meio dos sistemas de informação consultados, Siga Brasil e do FNS. Por exemplo, recursos alocados para atividades de confecção de órteses e próteses, capacitação dos profissionais de saúde, entre outras destinações.

Embora o período de análise deste estudo compreenda os anos de 2012 a 2019, os dados foram disponibilizados pela Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (CGSPD) até o ano de 2014. Apesar dessa Coordenação ter reconhecido a importância do PVSL na agenda da saúde, ela informou que as ações do Plano perduraram até dezembro de 2014, ainda que o programa permaneça vigente do ponto de vista legal. Como pode ser observado anteriormente, por meio dos dados obtidos do próprio MS e do SIGA Brasil, além da reserva de recursos garantida no orçamento público federal, houve repasses para o financiamento das ações do PVSL durante todo o período de 2012 a 2019.

Ao comparar as informações da Tabela 6 com as do Gráfico 4, verifica-se conformidade entre os valores. Em relação ao plano orçamentário, constata-se que, as ações de atenção à saúde da PcD para procedimentos de média e alta complexidade concentraram boa parte dos valores repassados.

TABELA 6 – Dados de execução das ações orçamentárias referentes à atenção à saúde da PcD, segundo o estágio da despesa, informados pelo MS (2012 a 2014)
(Em R\$ de 2019)

PERÍODO	AÇÃO/PLANO ORÇAMENTÁRIO	EMPENHADO	LIQUIDADO	
2012	6181	Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da PcD	17.795.674,00	5.274.358,93
		Subtotal	17.795.674,00	5.274.358,93
2013	20YI PO 0006	Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da PcD	9.551.461,97	5.145.196,82
	8535 PO 0004	Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde/VSL	39.670.813,00	118.556,01
	8730 PO 0003	Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal/VSL	14.702.694,81	10.529.309,78
	8585 PO 0006	Atenção à Saúde para Procedimentos em Média e Alta Complexidade/VSL	137.335.803,65	122.741.337,79
		Subtotal	201.260.773,43	138.534.400,40
2014	20YI PO 0006	Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da PcD	20.136.862,70	3.088.695,54
	8535 PO 0004	Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde/VSL	49.179.366,84	8.506.260,00
	8730 PO 0003	Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal/ VSL	13.916.307,30	13.763.985,90
	8585 PO 0006	Atenção à Saúde para Procedimentos em Média e Alta Complexidade/ VSL	399.315.263,49	398.753.620,86
		Subtotal	482.547.800,34	424.112.562,30
TOTAL			701.604.247,78	567.921.321,63

Fonte: MS/ Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES)/ Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET)/ CGSPD via LAI, protocolo nº 3792392

Nota 1: Valores em R\$ corrigidos pelo IPCA para preços de 2019.

Nota 2: VSL = Viver sem Limite.

Elaboração própria.

Em geral, tanto o financiamento da saúde, quanto o gasto do Governo Federal com políticas sociais vêm encolhendo desde 2015. Fatores como a recessão econômica, o cenário político e a austeridade fiscal, cuja medida mais drástica implementada foi o teto de gastos por meio da Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), podem ter influenciado nessa queda. Esses dados são alarmantes e quando associados à grave desigualdade social no Brasil, atualmente intensificada pela pandemia de COVID-19, podem representar ainda mais injustiças em saúde (VIEIRA, 2020a; VIEIRA, 2020b).

Da mesma maneira, os gastos com o EAS-PVSL também decresceram nos últimos anos, isso revela que o programa perdeu prioridade na agenda do Governo Federal recentemente.

Santos (2020b) afirma que as políticas e os programas públicos de saúde e educação voltados às PcD estão perdendo investimentos e, conseqüentemente, sendo descontinuadas, o que favorece a vulnerabilidade e segregação social dessas pessoas. Logo, há apreensão quanto ao futuro das políticas públicas direcionadas para essa população.

6.1.4 Execução das metas físicas

Quanto às metas físicas, elas foram previstas para o PVSL, inicialmente, a partir de sua instituição em 2011 até 2014. Reforçando o que já foi apontado, o PVSL não findou em 2014 como afirmou Vianna (2018) em sua tese de doutorado. Os compromissos do MS com o Plano continuaram em vigência após esse período, tendo sido estabelecidas as seguintes metas para o EAS-PVSL no PPA 2016-2019 (BRASIL, 2016):

1. 03WX - Incentivar a adesão de 400 CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
2. 03WY - Implantar 98 CER, passando de 124 para 222 CER em funcionamento.
3. 03X0 - Implantar 50 oficinas ortopédicas no país, passando de 24 para 74 oficinas em funcionamento.
4. 04FV - Ofertar 98 novos veículos adaptados acessíveis para transporte de PcD, passando de 103 para 201 veículos entregues.
5. 04FW - Ampliar o acesso à TAN por meio da equipagem de 737 maternidades no país, passando de 75 para 812 maternidades equipadas em funcionamento, no âmbito do PVSL;
6. 04SA - Elaborar e publicar 10 novas Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, no âmbito do PVSL.

Além disso, no PPA 2016-2019 foi estabelecida a seguinte iniciativa: 06OO - Ampliação do acesso ao cuidado à saúde das mulheres com deficiência por meio da aquisição de equipamentos acessíveis para as Unidades de Saúde em todas as regiões do país, no âmbito do PVSL. Nas peças orçamentárias do Governo Federal, a iniciativa consiste em uma declaração sobre as entregas de bens e serviços à sociedade (ENAP, 2014). Ademais, houve execução orçamentário-financeira do EAS-PVSL em todo o período analisado (2012-2019).

Interessante notar que a despeito da ausência de metas no PPA 2020-2023 (BRASIL, 2019), observou-se também alocação de recursos para o programa em 2020 (empenho de R\$ 87,9 milhões) e em 2021 (valor autorizado de R\$ 111,8 milhões), conforme dados obtidos do Siga Brasil, o que permite concluir que ele continua sendo implementado, ainda que tenha sido removido do centro da agenda do Governo Federal.

Na Tabela 7, apresenta-se a execução das metas físicas do EAS-PVSL, tendo por fonte de informação os relatórios de gestão das secretarias do MS. Observa-se que até 2014, das 14 metas descritas, oito delas foram atingidas. Destas, seis foram superadas em mais de 100%, como por exemplo a implantação de oficinas ortopédicas fixas, que apresentou um total de execução de 400%. No que se refere às metas não alcançadas, cabe destacar aquelas com percentuais inferiores a 50%. O total de maternidades equipadas para a TAN apresentou apenas 22,3% de realização. Já as implantações de oficinas ortopédicas itinerantes, terrestres e fluviais, foram as únicas com nenhum percentual de execução, 0% cada.

Verifica-se que até 2019, tendo como referência as 14 metas previstas inicialmente, dez foram cumpridas. O total de implantação de oficinas ortopédicas fixas foi muito alto (616,6%). Quanto às metas não realizadas, permanecem o total de maternidades equipadas para a TAN (71,4%); a implantação de oficinas ortopédicas itinerantes fluviais (0%); a qualificação das oficinas ortopédicas (61,7%) e a capacitação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) (75,8%).

Ainda na Tabela 7, considerando as metas adicionais do PPA 2016-2019, nota-se que até 2019, das seis metas estabelecidas, apenas duas foram alcançadas. A implantação de 98 CER, com um percentual de alcance de 117,3%, e a oferta de 98 novos veículos adaptados acessíveis para transporte de PcD, 193,8%. A ampliação do acesso à TAN por meio da equipagem de 737 maternidades apresentou o menor percentual de alcance entre as metas adicionais, apenas 11%. Para a adesão de 400 CEO à Rede de Cuidados à PcD, implantação de 50 oficinas ortopédicas e publicação de 10 novas Diretrizes de Atenção à Saúde da PcD observaram-se percentuais de 25,25%, 40% e 50%, respectivamente.

TABELA 7 – Execução das metas físicas do EAS previstas no PVSL, segundo os relatórios de gestão das secretarias do MS (2012 a 2019)

METAS	PRAZO	REALIZADO								TOTAL		% DE REALIZAÇÃO								% TOTAL	
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	12-14	12-19	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	12-14	12-19
27 estados com a fase IV da TN implantada	2014	0	12	15	0	0	0	0	0	27	27	0	44,4	55,6	0	0	0	0	0	100	100
175 maternidades equipadas para TAN	2014	0	8	31	5	6	75	0	0	39	125	0	4,6	17,7	2,8	3,4	42,8	0	0	22,3	71,4
1 Sistema Nacional de Informação em TN implantado	2014	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	100	0	0	0	0	0	100	100
10 diretrizes terapêuticas publicadas	2014	4	5	0	3	2	0	0	3	9	17	40	50	0	30	20	0	0	30	90	170
45 CER em funcionamento	2014	0	102	21	12	52	11	21	31	123	250	0	226,7	46,7	26,7	115,5	24,5	46,6	68,8	273,4	555,5
88 veículos acessíveis adquiridos	2014	0	155	0	0	5	0	185	0	155	345	0	176,1	0	0	5,7	0	210,2	0	176,1	392
6 oficinas ortopédicas fixas implantadas	2014	0	21	3	0	2	2	1	8	24	37	0	350	50	0	33,3	33,3	16,7	133,3	400	616,6

(continua)

TABELA 7 – Execução das metas físicas do EAS previstas no PVSL, segundo os relatórios de gestão das secretarias do MS (2012 a 2019)

METAS	PRAZO	REALIZADO										TOTAL		% DE REALIZAÇÃO										% TOTAL		
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	12-14	12-19	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	12-14	12-19					
7 oficinas ortopédicas itinerantes terrestres implantadas	2014	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6 oficinas ortopédicas itinerantes fluviais implantadas	2014	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60 oficinas ortopédicas qualificadas	2014	11	20	6	0	0	0	0	0	0	37	37	18,4	33,3	10	0	0	0	0	0	0	0	0	61,7	61,7	
660 protesistas e ortésistas capacitados	2014	0	1.466	0	0	0	0	0	0	0	1.466	1.466	0	222,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	222,1	222,1	
420 CEO qualificados	2014	0	360	134	0	0	61	5	35	0	494	595	0	85,7	31,9	0	0	14,5	1,2	8,3	0	0	0	117,6	141,6	
27 Centros cirúrgicos equipados	2014	0	81	0	0	0	0	0	0	0	81	81	0	300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	300	300	
6.000 ESB capacitados	2014	0	4.553	0	0	0	0	0	0	0	4.553	4.553	0	75,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	75,8	75,8	

Fonte: Relatórios anuais de gestão da SAS e relatórios de gestão das secretarias do MS (via TCU)

Elaboração própria.

Na Tabela 8, o cumprimento das metas físicas é apresentado com base nos relatórios anuais de avaliação dos PPA do período analisado. Nota-se que, até 2014, apenas sete das 14 metas estabelecidas foram concluídas. A maior taxa total de realização foi atribuída à capacitação de protesistas e ortesistas (550%). Em relação àquelas com os menores percentuais de execução, destacam-se o total de maternidades equipadas para a TAN; a implantação do Sistema Nacional de Informação em Triagem Neonatal (SISNEO) e as implantações de oficinas ortopédicas itinerantes, terrestres e fluviais, todas com 0%.

Ao final do período investigado, é possível constatar que houve algum crescimento. Contudo, observa-se que somente oito, das 14 metas, foram atingidas até 2017. Evidenciando-se a implantação de oficinas ortopédicas fixas, com 583,3% de realização. Entre as seis metas não alcançadas, estão o total de maternidades equipadas para a TAN (42,8%); a implantação do SISNEO (0%); as implantações de oficinas ortopédicas itinerantes, terrestres e fluviais (0%); a qualificação das oficinas ortopédicas (61,6%) e a capacitação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) (96,9%).

Problemas relacionados à capacidade técnica de muitos gestores para a efetuação de convênios, o pouco conhecimento da CGSPD para o desenvolvimento de atas de registros de preços e a falta de experiência do próprio MS para contratação e licitação de equipamentos para as oficinas itinerantes foram citados nos relatórios como possíveis causas para o não cumprimento das metas. Além disso, boa parte dos relatórios analisados, de ambas as fontes, não dispunham de informações detalhadas sobre a capacitação de ESB voltada para o PVSL.

Além disso, a partir dos achados de auditoria nacional do PVSL, o TCU concluiu que: A) não houve institucionalização da Política Nacional para Pessoa com Deficiência; B) faltaram recursos humanos e financeiros para realizar as atribuições e previsões legais da política; C) limitações de ordem física, humana, material e financeira podiam ter resultado em dificuldade de execução de algumas ações em âmbito local; D) havia problemas na coordenação da execução de certas ações envolvendo estados e municípios beneficiários; E) houve subestimação dos recursos orçamentários e de logística; e F) houve ausência de rubrica orçamentária própria para a realização de diversas ações, o que prejudicou a identificação do atingimento das metas pactuadas (TCU, 2017).

TABELA 8 – Execução das metas físicas do EAS previstas no PVSL, segundo os relatórios anuais de avaliação dos PPA (2012 a 2017)

METAS	PRAZO	REALIZADO						TOTAL		% DE REALIZAÇÃO						% TOTAL	
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	12-14	12-17	2012	2013	2014	2015	2016	2017	12-14	12-17
27 estados com a fase IV da TN implantada	2014	0	12	15	0	0	0	27	27	0	44,4	55,6	0	0	0	100	100
175 maternidades equipadas para TAN	2014	0	0	0	75	0	0	0	75	0	0	0	42,8	0	0	0	42,8
1 Sistema Nacional de Informação em TN implantado	2014	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 diretrizes terapêuticas publicadas	2014	6	3	0	0	2	0	9	11	60	30	0	0	20	0	90	110
45 CER em funcionamento	2014	0	102	21	12	50	11	123	196	0	226,8	46,6	26,6	111,1	24,4	273,4	435,5
88 veículos acessíveis adquiridos	2014	0	0	108	0	0	0	108	108	0	0	122,7	0	0	0	122,7	122,7
6 oficinas ortopédicas fixas implantadas	2014	0	21	3	0	9	2	24	35	0	350	50	0	150	33,3	400	583,3

(continua)

TABELA 8 – Execução das metas físicas do EAS previstas no PVSL, segundo os relatórios anuais de avaliação dos PPA (2012 a 2017)

METAS	PRAZO	(conclusão)																
		REALIZADO						TOTAL		% DE REALIZAÇÃO						% TOTAL		
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	12-14	12-17	2012	2013	2014	2015	2016	2017	12-14	12-17	
7 oficinas ortopédicas itinerantes terrestres implantadas	2014	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6 oficinas ortopédicas itinerantes fluviais implantadas	2014	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60 oficinas ortopédicas qualificadas	2014	0	21	16	0	0	0	37	37	0	35	26,6	0	0	0	61,6	61,6	
660 protesistas e ortesistas capacitados	2014	0	0	3.630	0	0	0	3.630	3.630	0	0	550	0	0	0	550	550	
420 CEO qualificados	2014	0	425	69	0	0	61	494	555	0	101,2	16,4	0	0	14,5	117,6	132,1	
27 Centros cirúrgicos equipados	2014	0	0	81	0	0	0	81	81	0	0	300	0	0	0	300	300	
6.000 ESB capacitadas	2014	0	0	5.818	0	0	0	5.818	5.818	0	0	96,9	0	0	0	96,9	96,9	

Fonte: Relatórios anuais de avaliação dos PPA

Nota: Relatórios anuais disponíveis até o ano-base 2017.

Elaboração própria.

Na Tabela 9, o percentual de alcance das metas físicas é informado com base nos esclarecimentos prestados pelo MS por meio de solicitação prevista na Lei de Acesso à Informação (LAI). Segundo a CGSPD, as ações do PVSL foram mantidas até 2014. Do total das 14 metas físicas do Plano, dez foram conquistadas até esse período, três não foram atingidas e nenhum dado foi fornecido a respeito de uma delas. Mais uma vez, o total de maternidades equipadas para a TAN (42,8%); a implantação de oficinas ortopédicas itinerantes fluviais (0%) e a capacitação de ESB (94,5%) estão entre as metas não cumpridas do Plano.

Uma questão relevante que surge a partir dos dados constantes nas Tabelas 6, 7, 8 e 9 está relacionada ao alcance das metas do EAS-PVSL e, conseqüentemente, à priorização desse Plano. Percebe-se, na Tabela 6, que as ações de implementação de políticas de atenção à saúde da PcD, a estruturação das unidades de atenção especializada e a ampliação da resolutividade da saúde bucal na atenção básica e especializada não foram priorizadas no orçamento público federal.

TABELA 9 – Dados quantitativos referentes à execução das metas físicas do EAS previstas no PVSL até 2014

DESCRIÇÃO DAS METAS	REALIZADO	
	TOTAL	% TOTAL
27 estados com a fase IV da TN implantada	27	100
175 maternidades equipadas para TAN	75	42,8
1 Sistema Nacional de Informação em TN implantado	1	100
10 diretrizes terapêuticas publicadas	10	100
45 CER em funcionamento	124	275,5
88 veículos acessíveis adquiridos	108	122,7
6 oficinas ortopédicas fixas implantadas	24	400
7 oficinas ortopédicas itinerantes terrestres implantadas	10	142,8
6 oficinas ortopédicas itinerantes fluviais implantadas	0	0
*60 oficinas ortopédicas qualificadas	-	-
660 protesistas e ortesistas capacitados	4.240	642,4
420 CEO qualificados	493	117,3
27 centros cirúrgicos equipados	81	300
6.000 ESB capacitadas	5.674	94,5

Fonte: MS/ SAES/ DAET/ CGSPD via LAI, protocolo nº 3792392

Nota: * Dados não informados.

Elaboração própria.

A análise dos relatórios empregados neste estudo revela imprecisão dos dados a respeito do PVSL. As informações são ambíguas entre os relatórios de uma mesma fonte, assim como, entre os relatórios de fontes diferentes. Foram identificadas mudanças no formato dos relatórios

de gestão das secretarias do MS no íterim de 2018 a 2019. Para estes anos, há pouca informação sobre o Plano, bem como, indisponibilidade dos relatórios anuais de avaliação dos PPA no mesmo período.

Correlacionando-se os dados das Tabelas 7, 8 e 9, baseados em diferentes fontes de informação, verifica-se que apesar das incongruências existem pontos convergentes. Uma vez que as informações não foram disponibilizadas por todas as fontes no período de 2012 a 2019, utilizou-se o percentual total de realização das metas até 2014. Sobre as divergências, de acordo com os relatórios de gestão das secretarias do MS, 8 das 14 metas de ação, foram cumpridas. A implantação de oficinas ortopédicas fixas apresentou o maior total de execução (400%). Segundo os relatórios anuais de avaliação dos PPA, apenas sete metas foram alcançadas. A que obteve maior destaque foi a capacitação de protesistas e ortesistas (550%). Já para o MS, representado pela CGSPD, dez metas foram concluídas até 2014 e, assim como observado nos relatórios dos PPA, a capacitação de protesistas e ortosistas esteve em grande evidência (642,4%).

Acerca dos pontos de convergência entre as fontes supracitadas, apesar de existirem variações percentuais, todas mencionaram que as seguintes metas estavam entre as que foram atingidas: o quantitativo de estados com a fase IV da Triagem Neonatal (TN) implantada; o total de CER em funcionamento; a aquisição de veículos acessíveis; a implantação de oficinas ortopédicas fixas; a capacitação de protesistas e ortosistas; a qualificação de CEO e o número de centros cirúrgicos equipados. Quanto às não realizadas, a unanimidade foi para a quantidade de maternidades equipadas para a TAN; a implantação de oficinas ortopédicas itinerantes fluviais e a capacitação de ESB.

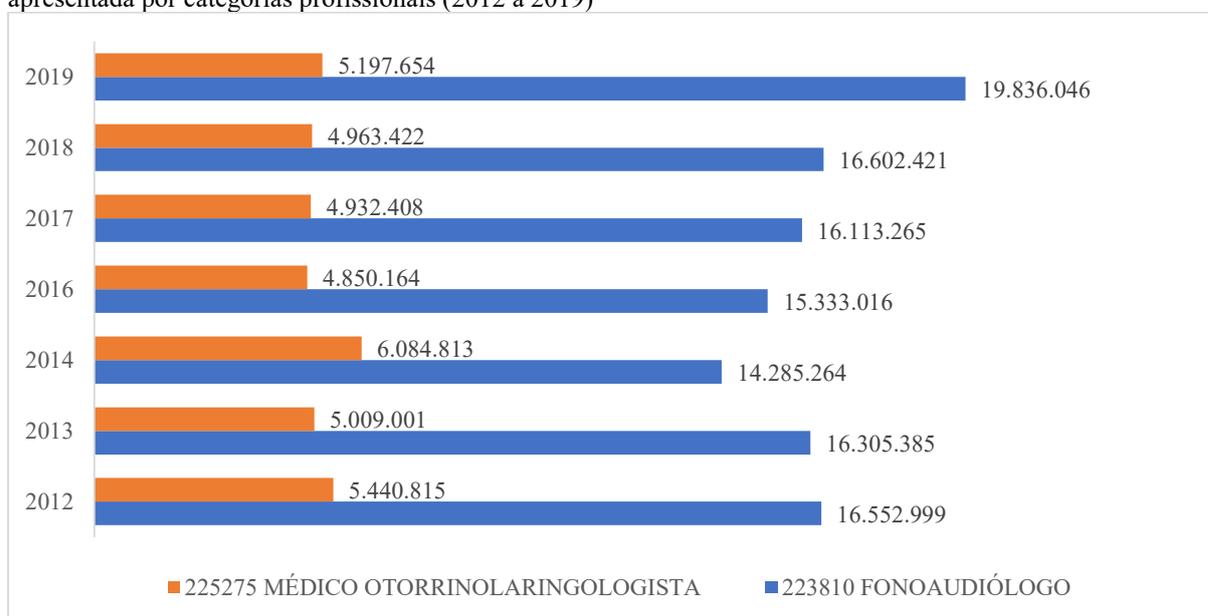
O não atingimento de metas importantes como as relacionadas revela limitações na implementação do EAS-PVSL e é preocupante considerando a necessidade de ampliação dos serviços voltados às PcD.

6.1.5 Resultados alcançados

Com o propósito de acompanhar a progressão das metas do PVSL apuradas por meio dos relatórios de gestão das secretarias do MS, dos relatórios anuais de avaliação dos PPA e dos esclarecimentos prestados pelo MS, por meio da CGSPD, fez-se necessário averiguar a evolução da produção dos serviços de saúde e da quantidade de equipamentos do SUS. A seguir, detalham-se informações sobre os profissionais de saúde, a produção de serviços de saúde e a disponibilidade de equipamentos relacionados ao diagnóstico e à reabilitação da PcD auditiva.

No Gráfico 6, exibe-se a produção ambulatorial do SUS, segundo a quantidade apresentada por categorias profissionais. Inicialmente, observa-se que, de 2012 a 2014, houve diminuição, por volta de 13,7%, na produção ambulatorial de fonoaudiólogos. De maneira oposta, a produção de otorrinolaringologistas teve um crescimento de aproximadamente 11,8%. Já entre 2012 e 2019, a produção ambulatorial de fonoaudiólogos aumentou em 19,8% e a de otorrinolaringologistas reduziu em 4,5%. É fundamental reforçar que não foram identificados registros para fonoaudiólogo em audiologia no SIASUS. Ou seja, os números apresentados abaixo para a categoria profissional de fonoaudiólogo incluem toda a produção em Fonoaudiologia.

GRÁFICO 6 – Produção ambulatorial do SUS em nível nacional, por local de residência, segundo a quantidade apresentada por categorias profissionais (2012 a 2019)



Fonte: MS, SIASUS

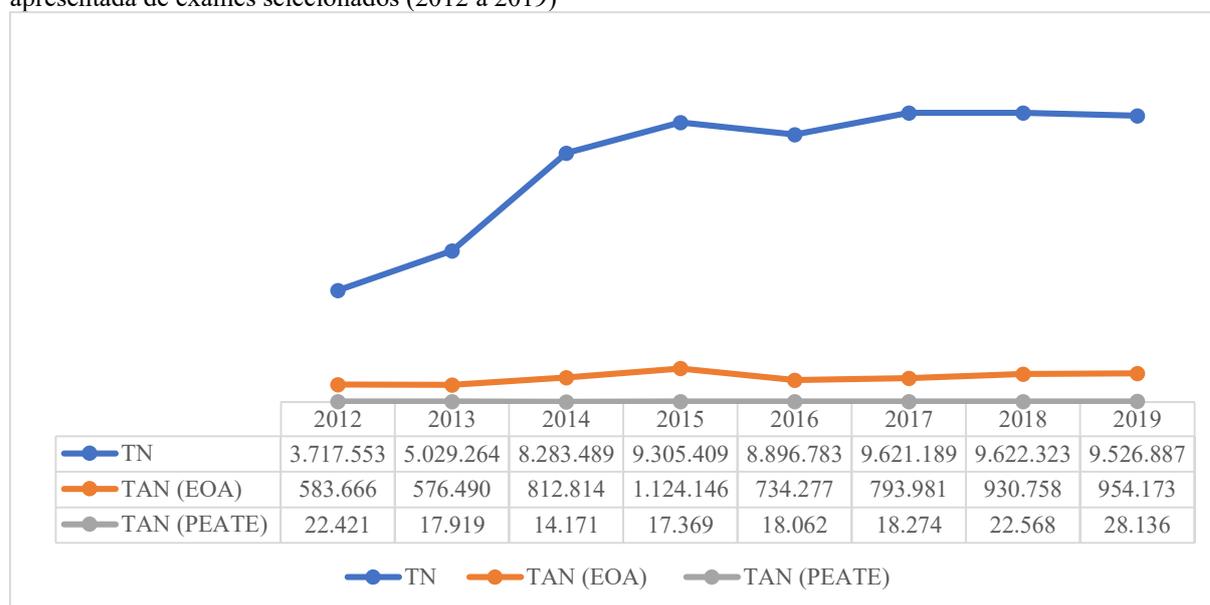
Nota: Não foram apresentados dados referentes apenas ao *fonoaudiólogo em audiologia* porque não havia registros sobre esse profissional.

Elaboração própria.

No Gráfico 7, encontra-se a produção ambulatorial do SUS para exames de TN (Teste do Pezinho) e TAN (Teste da Orelhinha). A depender do protocolo utilizado, a TAN pode ser realizada por meio das Emissões Otoacústicas (EOA) e do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE). Sendo este último mais aplicado para pacientes com Indicação de Risco para Deficiência Auditiva (IRDA) (LEWIS *et al.*, 2010). Verifica-se que as diferenças na quantidade desses procedimentos são grandes no período analisado. A TN apresentou um aumento significativo, próximo de 122,8% de 2012 até 2014 e de 156,3% entre 2012 e 2019. Enquanto a TAN por EOA e PEATE, embora tenha registrado algum crescimento, chegou a

valores perto de 36,4% e 62,1%, respectivamente. O cenário fica ainda mais complicado quando se observam os exames da TAN de forma isolada. Nos períodos de 2012 até 2014 e de 2012 até 2019, a TAN por EOA foi ampliada em torno de 39,2% e 63,5%, nesta ordem. Já por PEATE houve diminuição aproximada de 36,8% até 2014 e expansão de 25,5% até 2019. Esses achados estão em conformidade com os dados apontados nas Tabelas 7, 8 e 9. Onde constata-se que os 27 estados brasileiros estavam com a fase IV da TN implantada e que boa parte das maternidades ainda não se encontrava equipada para a TAN.

GRÁFICO 7 – Produção ambulatorial do SUS em nível nacional, por local de residência, segundo a quantidade apresentada de exames selecionados (2012 a 2019)



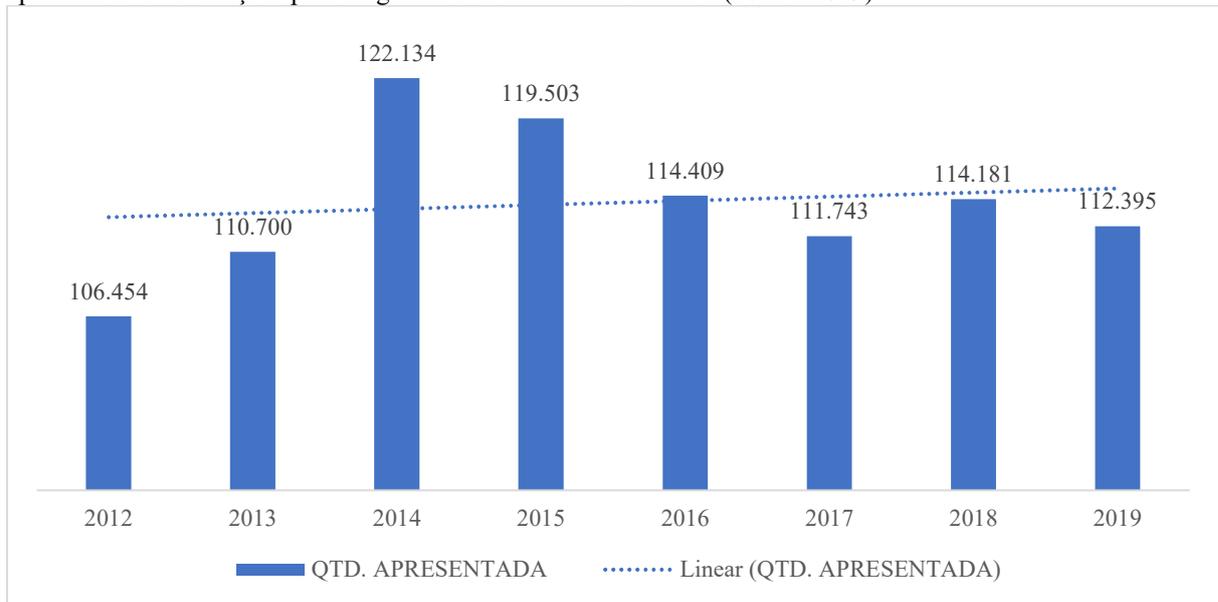
Fonte: MS, SIASUS

Nota: TN = Triagem Neonatal, TAN (EOA) = Triagem Auditiva Neonatal (Emissões Otoacústicas), TAN (PEATE) = Triagem Auditiva Neonatal (Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico).

Elaboração própria.

Na sequência, o Gráfico 8 demonstra a produção ambulatorial do SUS, segundo a quantidade apresentada de avaliações para o diagnóstico da deficiência auditiva. Nota-se que houve um crescimento por volta de 14,8% dessas avaliações de 2012 até 2014 e de 5,6% de 2012 até 2019. Porém a partir de 2014 houve redução média de 8% em relação a 2019, o que pode representar que há, em alguma medida, dificuldades no acesso ao diagnóstico das PcD auditiva.

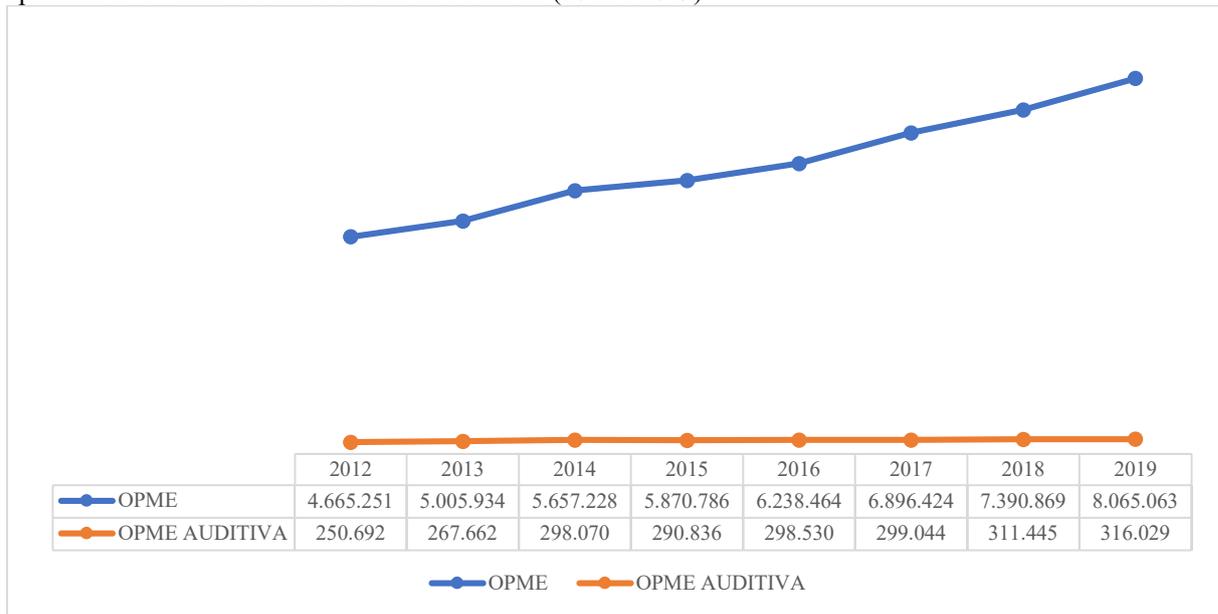
GRÁFICO 8 – Produção ambulatorial do SUS em nível nacional, por local de residência, segundo a quantidade apresentada de avaliações para diagnóstico de deficiência auditiva (2012 a 2019)



Fonte: MS, SIASUS
Elaboração própria.

No Gráfico 9, é possível verificar a produção ambulatorial do SUS segundo a quantidade apresentada de OPME gerais e de OPME auditivas. Identificam-se aumentos para ambas no intervalo estudado, cerca de 72,8% para OPME gerais e 26,1% para OPME auditivas. Em 2012, as auditivas correspondiam a 5,3% das gerais. Já em 2019, essa participação foi de apenas 3,9%. Ou seja, a oferta de OPME auditiva foi expandida ao longo do tempo, porém em velocidade inferior ao crescimento da oferta de outras OPME.

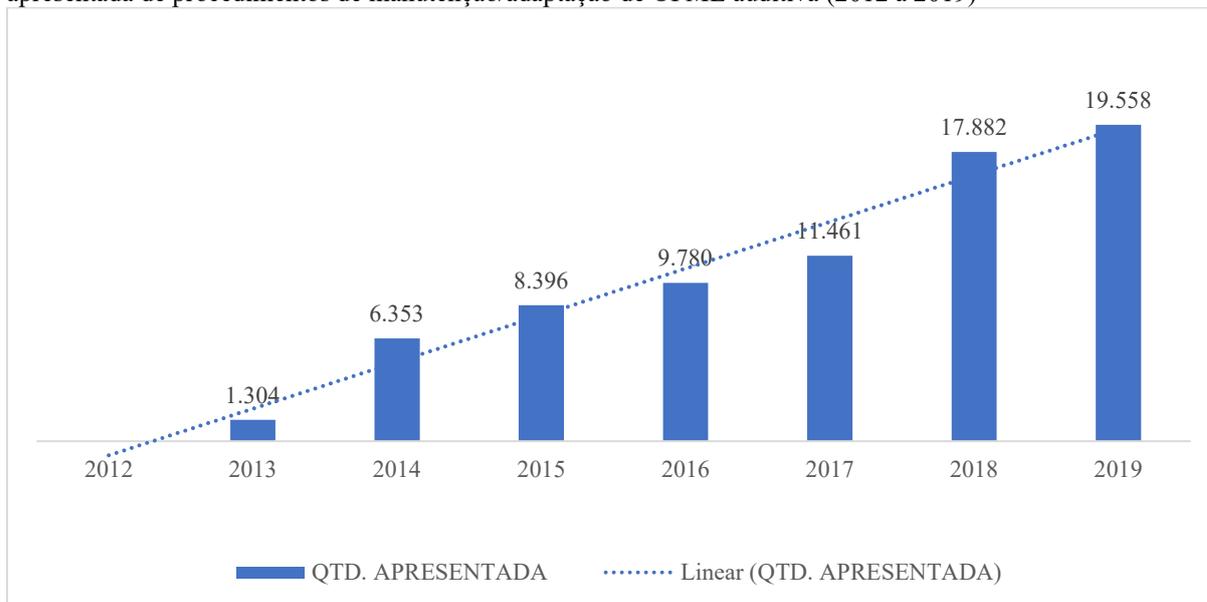
GRÁFICO 9 – Produção ambulatorial do SUS em nível nacional, por local de residência, segundo a quantidade apresentada de todas OPME e de OPME auditivas (2012 a 2019)



Fonte: MS, SIASUS
Elaboração própria.

A seguir, apresenta-se no Gráfico 10 a produção ambulatorial do SUS de acordo com a quantidade de procedimentos de manutenção e adaptação de OPME auditivas. Para o ano de 2012, não havia disponibilidade do total desses procedimentos no SIASUS. De 2013 a 2019, a manutenção e adaptação de OPME auditivas foi ampliada em torno de 1.400%. Os resultados apresentados nos Gráficos 9 e 10 reforçam os achados constantes nas Tabelas 7, 8 e 9 e são coerentes com a informação de que a meta relativa ao funcionamento dos CER foi superada em mais de 100%.

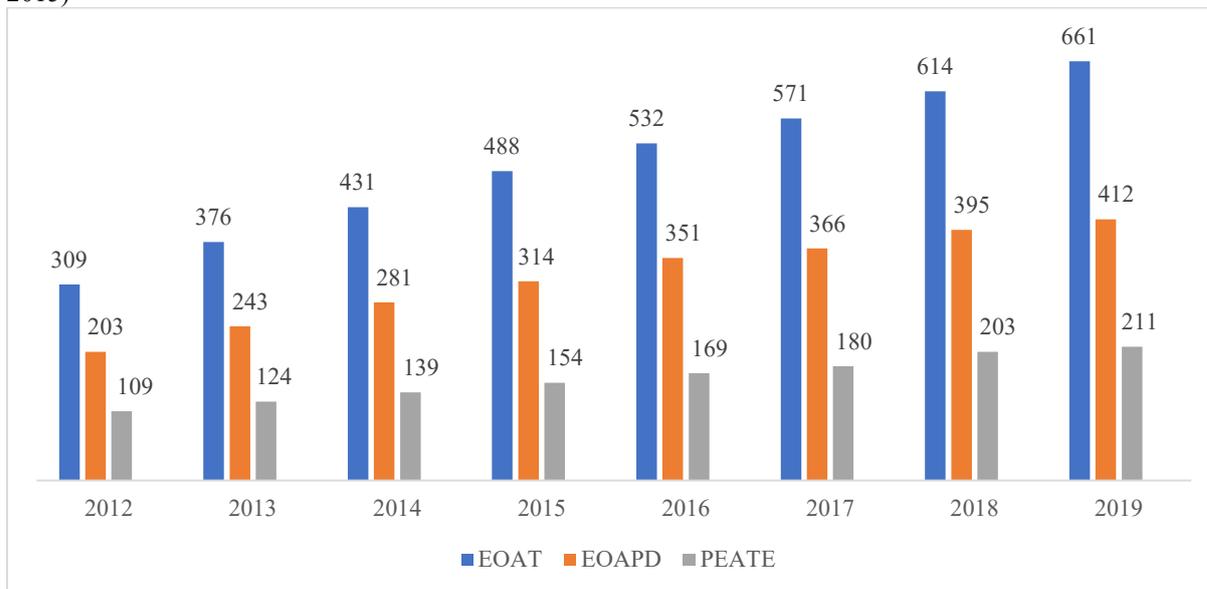
GRÁFICO 10 – Produção ambulatorial do SUS em nível nacional, por local de residência, segundo a quantidade apresentada de procedimentos de manutenção/adaptação de OPME auditiva (2012 a 2019)



Fonte: MS, SIASUS
Elaboração própria.

No Gráfico 11, verifica-se a quantidade de estabelecimentos com equipamentos SUS para exames auditivos eletrofisiológicos. Entre 2012 e 2019, o aumento de estabelecimentos equipados para a execução de Emissões Otoacústicas por estímulos Transientes (EOAT) foi 114%. Já para as Emissões Otoacústicas por Produto de Distorção (EOAPD) e Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico de curta, média e longa latência (PEATE) foi de 103% e 94%, nessa ordem. Estabelecimentos com equipamentos para EOAT foram mais frequentes, seguidos por aqueles com equipamentos para EOAPD e, de forma menos expressiva, estão os com equipamentos para PEATE.

GRÁFICO 11 – Estabelecimentos com equipamentos do SUS para exames auditivos eletrofisiológicos (2012 a 2015)



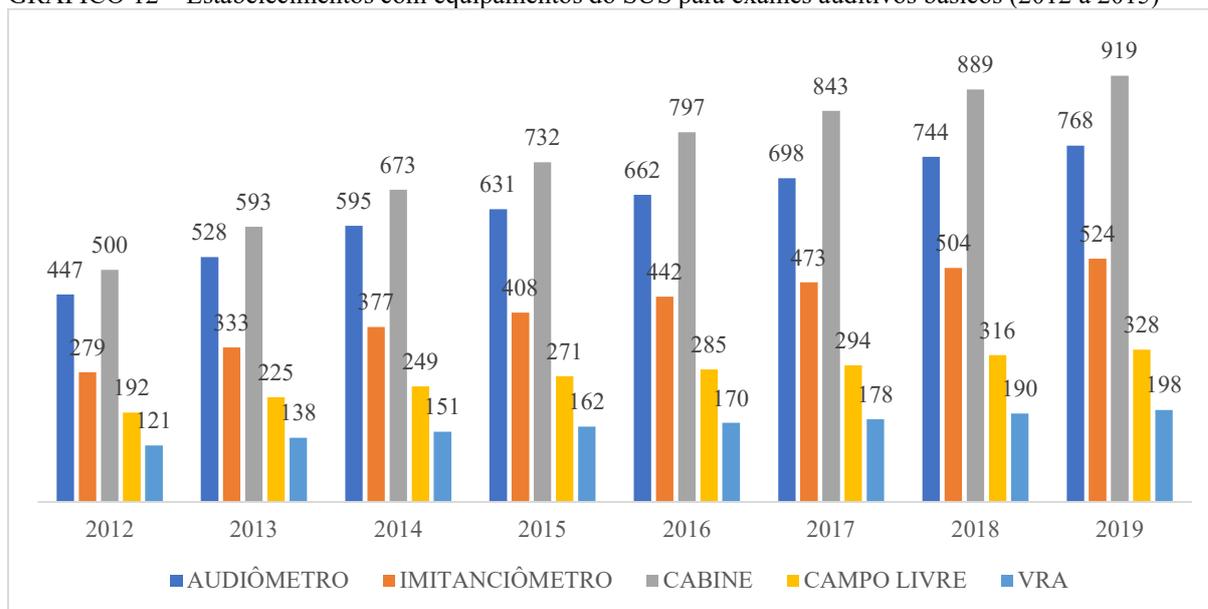
Fonte: MS, CNES

Nota: EOAT = Emissões Otoacústicas Transientes, EOAPD = Emissões Otoacústicas por Produto de Distorção, PEATE = Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico de curta, média e longa latência.

Elaboração própria.

A seguir, no Gráfico 12, apresenta-se o número de estabelecimentos com equipamentos SUS para exames auditivos básicos. Assim como no gráfico anterior, aqui também houve um crescimento na quantidade de equipamentos do SUS para o diagnóstico da deficiência auditiva. Dessa vez, o aumento encontrado foi em torno de 72% para audiômetro, 88% para imitanciômetro, 83% para cabine acústica, 71% para sistema de campo livre e 64% para sistema completo de *Visual Reinforcement Audiology* (VRA). O audiômetro e a cabine acústica foram os itens mais observados. Logo após, vieram o imitanciômetro, o sistema de campo livre e por último, o sistema completo VRA.

GRÁFICO 12 – Estabelecimentos com equipamentos do SUS para exames auditivos básicos (2012 a 2015)

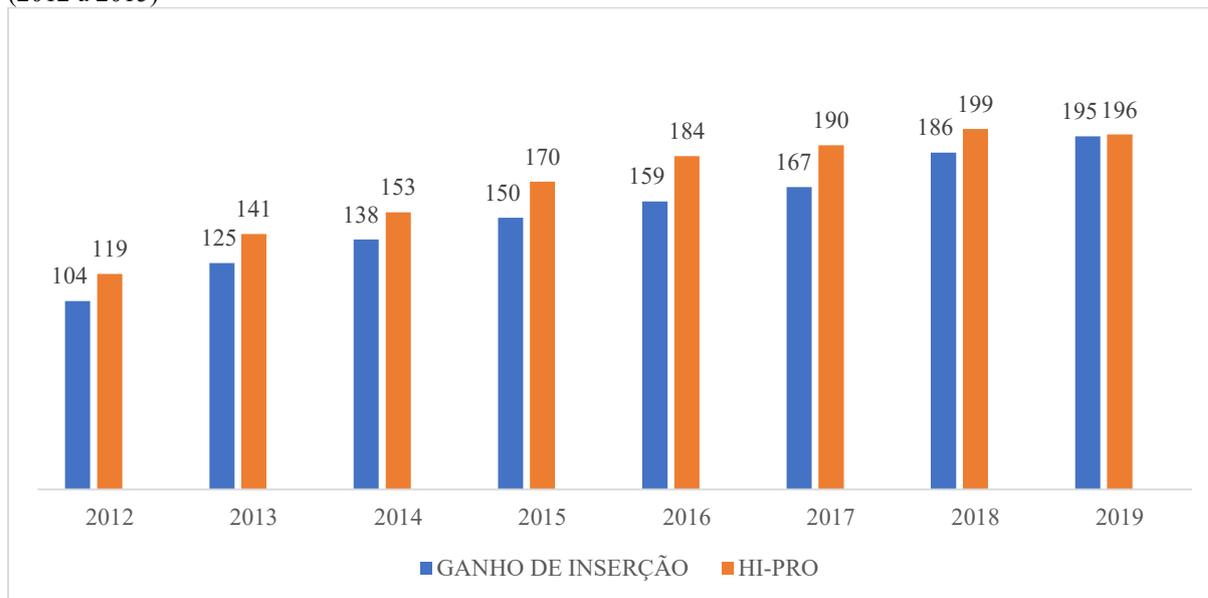


Fonte: MS, CNES
Elaboração própria.

No Gráfico 13 encontra-se a quantidade de estabelecimentos com equipamentos SUS para a adaptação e programação de próteses auditivas. Mais uma vez, ocorreu expansão desses equipamentos, aproximadamente, 87% para os de ganho de inserção e 65% para os de programação de prótese auditiva (HI-PRO).

Apesar do crescimento significativo dos recursos voltados para o diagnóstico e reabilitação da PcD auditiva, apontado nos Gráficos 11, 12 e 13, aparentemente, o acesso para a realização de exames não acompanhou esse aumento, como visto nos Gráficos 7 e 8. Esses dados demonstram fragilidades para cumprimento das garantias preconizadas pelo PVSL e pela Diretriz de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal. Ao longo do tempo, a perda do investimento orçamentário-financeiro para o Plano apresentada no tópico 6.1.3 e, por consequência, a falta de prioridade na agenda do Governo Federal para o PVSL deve ter influenciado esses achados.

GRÁFICO 13 – Estabelecimentos com equipamentos do SUS para adaptação e programação de próteses auditivas (2012 a 2015)



Fonte: MS, CNES
Elaboração própria.

Em resumo, a quantidade de exames de TAN (EOA + PEATE) aumentou 62,1%, enquanto os exames de TN no geral cresceram 156,3% entre 2012 e 2019. As avaliações para diagnóstico da deficiência auditiva mantiveram-se mais ou menos no mesmo patamar na série analisada, com picos moderados de produção em 2014 e 2015, mas com crescimento de apenas 5,6% em 2019 em relação a 2012. A oferta de OPME cresceu 72,9% entre 2012 e 2019, enquanto o aumento da oferta de OPME auditiva foi de 26,1% no período. Por outro lado, os procedimentos para manutenção/adaptação das OPME auditivas tiveram incremento de 1.400% entre 2013 e 2019. Além disso, entre 2012 e 2019, o número de estabelecimentos credenciados ao SUS com equipamentos para a realização de exames de EOAT apresentou o maior aumento percentual dentre os demais, 114%. Enquanto aqueles equipados com sistema completo VRA, utilizado para a avaliação auditiva em crianças, tiveram o menor percentual de aumento, 64%.

O Quadro 2 apresenta os resultados alcançados do EAS-PVSL no período de 2013 a 2019, segundo a fonte de dados. O Plano foi instituído em dezembro de 2011, começou a ser operacionalizado em 2012 e, em princípio, foram desempenhadas ações voltadas à implementação de Políticas de Atenção à Saúde da PcD. Por isso, não foram incluídos os resultados alcançados em 2012.

Até agora, foram apresentadas informações quantitativas relativas ao cumprimento ou não das metas do PVSL. Porém, de forma isolada, elas não representam a cobertura dos serviços

ofertados. Desse modo, seguindo o modelo lógico do EAS-PVSL, encontram-se no Quadro 2 dados relacionados à população beneficiada pela rede.

Para o primeiro resultado imediato esperado, deficiências identificadas e tratadas precocemente, utilizaram-se dois indicadores, população beneficiada e cobertura do PNTN e cobertura da TAN. Verifica-se que no final do período investigado, os serviços de TN (83, 83%) e TAN (30,7%) não chegaram à cobertura esperada para esses programas. Segundo o MS, o ideal é que eles aconteçam de forma universal, chegando a 100% dos recém-nascidos (RN) vivos. Uma das metas de qualidade utilizadas para acompanhar os programas de TAN é que ele tenha uma cobertura mínima de 95% (BRASIL, 2012; BRASIL 2016).

O Atendimento ampliado de PcD em CER foi avaliado a partir dos seguintes indicadores: número de beneficiados, quantidade de procedimentos e cobertura dos CER. Houve redução média de 15,4% no número de procedimentos de reabilitação e a cobertura do atendimento foi de apenas 28,3%.

O terceiro resultado imediato esperado, acesso ampliado de PcD a órteses e próteses, foi investigado por meio de dois indicadores. Para esse resultado não foram encontrados dados sobre cobertura. Observa-se que a quantidade de beneficiados pelas oficinas ortopédicas caiu cerca de 69,6% e que as concessões e procedimentos em OPME não sofreram grandes variações. Por fim, não foi possível tirar conclusões sobre o último resultado esperado, atendimento ampliado das PcD às ações de atenção odontológica, devido à falta de informações nos relatórios.

Quanto à população beneficiada pela rede, pode-se dizer que, entre 2013 e 2017, houve redução de quase 30,8% no número de beneficiados em 2017 em relação a 2013. Após a apresentação de todos esses dados e retomando a sequência de perguntas que conduziram essa avaliação de resultados, afirma-se que, boa parte dos objetivos planejados para o EAS-PVSL, em especial, aqueles relacionados à saúde auditiva, não foram alcançados. As implicações desse vazio assistencial para as PcD, sobretudo, as PcD auditiva são imensas, como mencionado no decorrer do texto. Elas reforçam a vulnerabilidade e marginalização social desse público-alvo.

QUADRO 2 – Resultados alcançados do EAS-PVSL, segundo a fonte de dados (2013 a 2019)

RESULTADOS IMEDIATOS ESPERADOS	INDICADORES	RESULTADOS ALCANÇADOS							FONTE
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
1. Deficiências identificadas e tratadas precocemente.	• População beneficiada e cobertura do PNTN.	545.488 RN vivos beneficiados.	Cobertura de 80,8% dos RN vivos.	Cobertura de 84,9% dos RN vivos.	Cobertura de 83,57% dos RN vivos.	Cobertura de 85,80% de RN vivos.	Cobertura de 83,83% de RN vivos.	Não identificado.	Relatórios anuais de gestão SAS (2013 a 2017) e das secretarias do MS (2018 e 2019). <i>*Relatório anual de avaliação do PPA (ano-base 2017).</i>
	• Cobertura da TAN.	Não identificado.	Cobertura de 24% dos RN vivos.	Cobertura de 29% dos RN vivos.	Cobertura de 30,37% dos RN vivos.	<i>*Cobertura de 30,7%.</i>	Não identificado.	Não identificado.	
2. Atendimento ampliado de PcD em CER.	• N° de beneficiados, quant. de procedimentos e cobertura dos CER.	708.428 beneficiados (mesmos dos veículos adaptados).	11.162.505 procedimentos de reabilitação.	11.749.116 procedimentos de reabilitação.	9.449.087 procedimentos de reabilitação.	<i>*Cobertura de 28,3%.</i>	Não identificado.	Não identificado.	
3. Acesso ampliado de PcD à órteses e próteses.	• Quant. de beneficiados e de procedimentos executados pelas oficinas ortopédicas.	50.400 pessoas beneficiadas.	322.069 procedimentos.	329.508 procedimentos.	97.763 procedimentos.	Não identificado.	Não identificado.	Não identificado.	

(continua)

QUADRO 2 – Resultados alcançados do EAS- PVSL, segundo a fonte de dados (2013 a 2019).

(conclusão)

RESULTADOS IMEDIATOS ESPERADOS	INDICADORES	RESULTADOS ALCANÇADOS							FONTE
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
	<ul style="list-style-type: none"> População beneficiada pela oferta de OPME, nº de concessões e de procedimentos efetuados. 	247.000 pessoas beneficiadas (222.300 cadeirantes e 24.700 PcD auditiva).	4.056.040 concessões e 39.823 procedimentos.	3.446.795 concessões e 31.819 procedimentos.	4.237.059 concessões e 37.409 procedimentos.	Não identificado.	Não identificado.	Não identificado.	Relatórios anuais de gestão SAS (2013 a 2017) e das secretarias do MS (2018 e 2019). <i>*Relatório anual de avaliação do PPA (ano-base 2017).</i>
4. Atendimento ampliado das PcD às ações de atenção odontológica.	<ul style="list-style-type: none"> População beneficiada pelo atendimento nos CEO e quant. de procedimentos realizados. 	3 milhões de beneficiados.	381.055 procedimentos.	Não identificado.	Não identificado.	Não identificado.	Não identificado.	Não identificado.	
**POPULAÇÃO BENEFICIADA PELA REDE		4.551.316 milhões	3.034.964 milhões	3.155.159 milhões	3.297.325 milhões	3.150.000 milhões	Não identificado	Não identificado	

Nota: **Quantidade anual informada nos relatórios.

Elaboração própria, 2021.

Retomem-se agora as perguntas da avaliação:

1. Os resultados esperados/planejados em relação às metas do EAS-PVSL foram alcançados?
2. A taxa de cobertura dos serviços desse eixo apresentou crescimento durante o período avaliado?
3. O número de pessoas beneficiadas por esses serviços aumentou ao longo do tempo?
4. O objetivo de ampliar e qualificar a rede de atenção à saúde das PcD, em especial os serviços de habilitação e reabilitação, foi atingido?

As respostas para essas perguntas são:

1. Pelo menos metade das metas do EAS-PVSL foi atingida até 2014;
2. Houve aumento da produção de exames de TAN e para diagnóstico da perda auditiva entre 2012 e 2019. Contudo, não é possível afirmar, com segurança, que a taxa de cobertura dos serviços aumentou no período analisado. Os relatórios utilizados como fonte de dados apresentam grande heterogeneidade na apresentação dos resultados do EAS-PVSL ao longo dos anos;
3. Pela mesma razão apresentada no item anterior, não se pode afirmar categoricamente se houve aumento ou não da população atendida nos serviços especializados. Os números apresentados no Quadro 2 parecem indicar que não. Mas como já dito, a falta de padronização dos relatórios limita a possibilidade de se tirar conclusões seguras a esse respeito;
4. O objetivo de ampliar e qualificar a rede de atenção à saúde das PcD foi atingido em parte. Algumas metas relevantes relacionadas ao diagnóstico precoce da deficiência auditiva não foram alcançadas.

Tendo em vista as grandes desigualdades sociais no Brasil, esses achados são preocupantes porque é muito provável que as crianças que não tiveram acesso à TAN são justamente aquelas mais vulneráveis socioeconomicamente. Há uma alta correlação entre pobreza e deficiência. As desvantagens em termos socioeconômicos aumentam a possibilidade de uma pessoa nascer ou adquirir deficiência. Ainda que avanços tenham ocorrido em relação à promoção da saúde auditiva, os resultados das políticas implementadas ainda se mostram insuficientes (TEIXEIRA, 2010).

Santos (2020c) enfatiza que as PcD enfrentam problemas quanto à garantia de seus direitos no Brasil não pela falta de Leis, mas pela falta de políticas públicas para tornar efetivos os direitos reconhecidos no ordenamento jurídico. Esse descompasso entre o direito previsto e sua concretização foi identificado em estudo realizado em Florianópolis, com a finalidade de

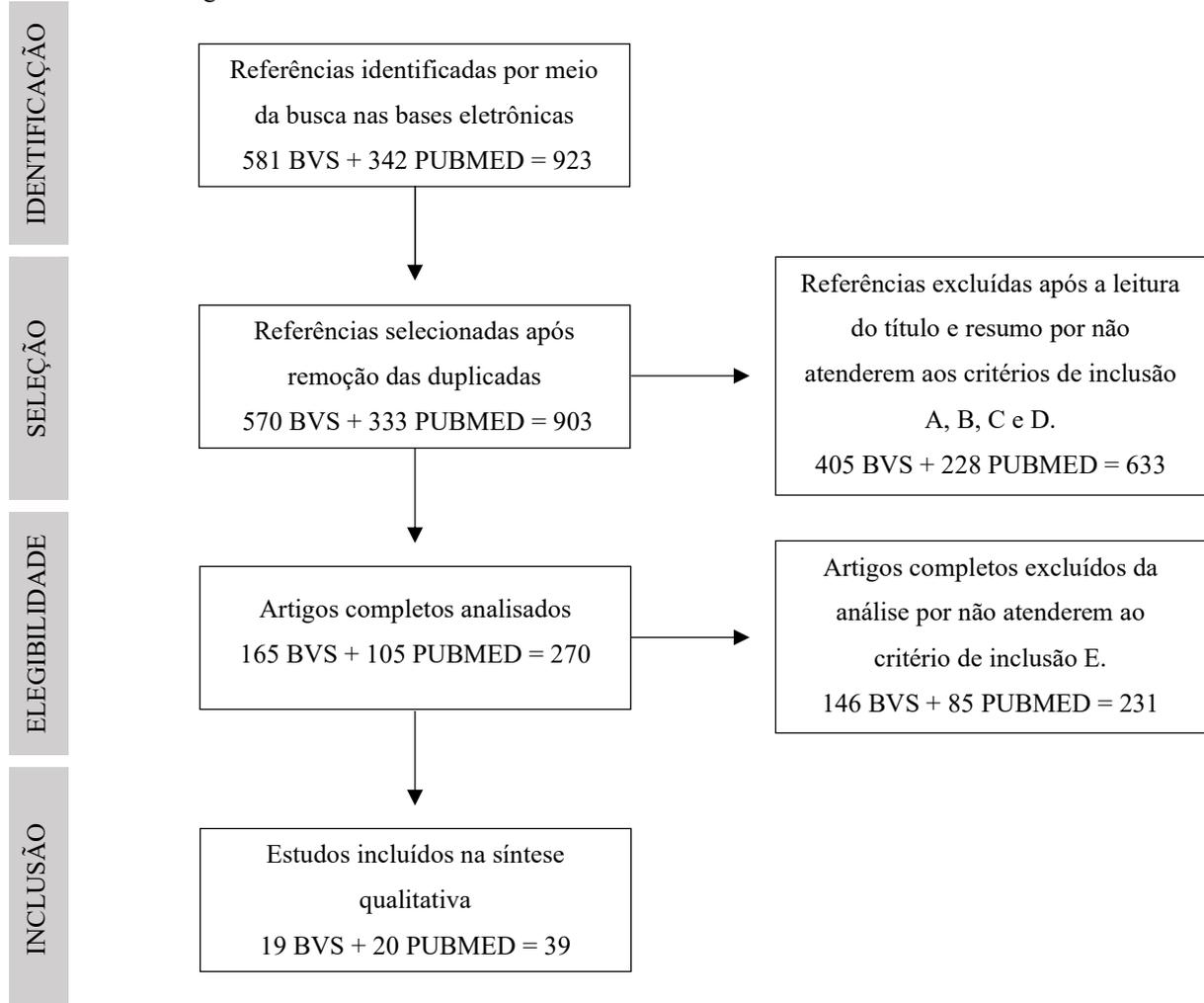
descrever o perfil epidemiológico das pessoas com deficiência física residentes no município e analisar a necessidades desse público frente às políticas públicas disponíveis (NOGUEIRA *et al.*, 2016). Os autores concluíram que é urgente a necessidade de se trabalhar questões relacionadas à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e de se implementar práticas voltadas à diminuição dos acidentes de trânsito e que gerem oportunidade de acesso ao trabalho, à educação e ao lazer para essa população.

Outra questão está relacionada à capacidade de as unidades de saúde atenderem de forma satisfatória às necessidades das PcD. Preconceito, indiferença e dificuldade de comunicação com PcD auditivas ainda é um problema encontrado com frequência no dia a dia do SUS (THOMAZ *et al.*, 2019). Ademais, a garantia de acessibilidade permanece como um tema central para o bem-estar desse grupo populacional. A partir de um estudo ecológico realizado entre dezembro de 2016 e setembro de 2017 em 606 hospitais públicos e conveniados, vinculados à Rede Cegonha, verificou-se que apenas 20 (3,3%) deles tinham acessibilidade para PcD auditivas (THOMAZ *et al.*, 2021). Isso mostra que o caminho ainda é longo para que os direitos das PcD sejam efetivamente assegurados.

6.2 REVISÃO DE ESCOPO DA LITERATURA

Foram identificadas 923 referências por meio da busca nas bases eletrônicas, sendo 581 na BVS e 342 na PUBMED. Deste total, foram removidas 20 referências duplicadas, 11 da BVS e 9 da PUBMED. Em seguida, 903 estudos foram selecionados e após a leitura dos títulos e resumos, foram excluídas mais 633 por não estarem de acordo com os critérios de inclusão A, B, C e D. Para a análise mais cautelosa, foram elegíveis 270 estudos, dos quais 231 não contemplaram o critério de inclusão E. Desse modo, foram incluídas na síntese qualitativa 39 referências (FIGURA 3).

FIGURA 3- Fluxograma dos estudos selecionados.



Elaboração própria, 2020.

A sinopse das 39 referências incluídas encontra-se no quadro 3.

QUADRO 3 - Distribuição das referências incluídas segundo o critério utilizado para o cálculo do grau da perda auditiva, o ano de publicação e o país

ESTUDO / CRITÉRIO	ANO	PAÍS
1. Média 0,5, 1, 2 e 4 kHz		
1. CHU <i>et al.</i>	2019	Taiwan
2. GISSELSSON-SOLEN.	2018	Suécia
3. SOLI <i>et al.</i>	2018	EUA
4. HEFFERNAN <i>et al.</i>	2018	EUA
5. LOOI; BLUETT; BOISVERT.	2017	Austrália
6. KREICHER <i>et al.</i>	2017	EUA
7. WEIR <i>et al.</i>	2017	EUA
8. MUUS <i>et al.</i>	2017	EUA
9. SACCO <i>et al.</i>	2016	França
10. LEIGH; DETTMAN; DOWELL.	2016	Austrália
11. BENNETT; MEYER; EIKELBOOM.	2016	Austrália
12. BRENNAN-JONES; EIKELBOOM; SWANEPOEL.	2016	Austrália
13. MISTRY <i>et al.</i>	2016	Inglaterra
14. WEIR <i>et al.</i>	2016	EUA
15. SECCIA <i>et al.</i>	2016	Itália
16. EL-BADRY <i>et al.</i>	2016	Egito
17. KIM <i>et al.</i>	2016	EUA
18. MOULIN; PAUZIE; RICHARD.	2015	França
19. FOULON <i>et al.</i>	2015	Bélgica
20. RIBEIRO <i>et al.</i>	2015	Portugal
21. LIBERMAN.	2015	Brasil
22. SANECKA <i>et al.</i>	2015	Polônia
23. LOVETT; VICKERS; SUMMERFIELD.	2015	Inglaterra
2. Média 0,5, 1, 2 e 3 kHz		
1. PUCCINELLI; CARLSON.	2019	EUA
2. WEIR <i>et al.</i>	2016	EUA
3. WEIR <i>et al.</i>	2016	EUA
3. Média 0,5, 1 e 2 kHz		
1. MCRACKAN <i>et al.</i>	2018	EUA
2. MOHAN <i>et al.</i>	2018	EUA
3. HAVENGA <i>et al.</i>	2015	África do Sul
4. Média 0,25, 0,5, 1, 2 e 4 kHz		
1. LEIGH <i>et al.</i>	2016	Austrália
2. KOMORI <i>et al.</i>	2016	Japão
5. Média 1, 2 e 4 kHz		
1. IBRAHIM; TING; MOGHAVVEMI.	2019	Malásia

(continua)

QUADRO 3- Distribuição das referências incluídas segundo o critério utilizado para o cálculo do grau da perda auditiva, o ano de publicação e o país.

(conclusão)		
ESTUDOS / CRITÉRIOS	ANO	PAÍS
6. Média 0,25, 0,5, 1, 2, 4 e 8 kHz		
1. AMARILLO <i>et al.</i>	2019	Espanha
7. Média 0,5, 1, 2 e 3 kHz e limiares em 2 e 4 kHz		
1. DWYER-HEMMINGS <i>et al.</i>	2019	Inglaterra
8. Média 0,5, 1, 2 e 4 kHz e média 4 e 8 kHz		
1. LOUW; SWANEPOEL; EIKELBOOM.	2018	África do Sul
9. Qualquer limiar entre 0,25, 0,5, 1, 2, 4 e 8 kHz		
1. MARNITZ <i>et al.</i>	2018	Alemanha
10. Média 0,25 a 1 kHz, média 0,5 a 2 kHz e média 2 a 8 KHz		
1. UNGAR <i>et al.</i>	2017	Israel
11. Média 0,5, 1 e 2 kHz e média 3, 4 e 6 kHz		
1. JEONG <i>et al.</i>	2016	Coréia do Sul
12. Limiares em 0,125, 0,25, 0,5, 1, 2, 4, 6 e 8 kHz		
1. BRUNO <i>et al.</i>	2015	Itália

Elaboração própria, 2020.

Nota-se que não há uma uniformização quanto à adoção do critério para o cálculo do grau da perda auditiva. Observou-se a utilização de critérios divergentes entre os países e, em alguns casos, houve discordância dentro do próprio território (QUADRO 3). Vale salientar que esses resultados podem não expressar a recomendação normativa de cada país.

Ao todo, foram identificados 12 critérios para calcular o grau da perda auditiva. A seguir, serão descritos apenas os três mais citados. A maioria dos estudos analisados (n=23) adotou a média quadritonal entre as frequências de 0,5, 1, 2 e 4 kHz. Foram desenvolvidos em 12 países (Taiwan, Suécia, EUA, Austrália, França, Inglaterra, Itália, Egito, Bélgica, Portugal, Brasil, Polônia). Dentre eles, destacam-se os EUA com sete publicações. A indicação clínica para aplicação desse critério variou entre diagnóstico adulto e infantil, triagem escolar, audiologia ocupacional, indicação e acompanhamento de implante coclear, otosclerose e otites (CHU *et al.*, 2019; GISSELSSON-SOLEN, 2018; SOLI *et al.*, 2018; HEFFERNAN *et al.*, 2018; LOOI; BLUETT; BOISVERT, 2017; KREICHER *et al.*, 2017; WEIR *et al.*, 2017; MUUS *et al.*, 2017; SACCO *et al.*, 2016; LEIGH; DETTMAN; DOWELL, 2016; BENNETT; MEYER; EIKELBOOM, 2016; BRENNAN-JONES; EIKELBOOM; SWANEPOEL, 2016; MISTRY *et al.*, 2016; WEIR *et al.*, 2016; SECCIA *et al.*, 2016; EL-BADRY *et al.*, 2016; KIM *et al.*, 2016; MOULIN; PAUZIE; RICHARD, 2015; FOULON *et al.*, 2015; RIBEIRO *et al.*,

2015; LIBERMAN, 2015; SANECKA et al., 2015; LOVETT; VICKERS; SUMMERFIELD, 2015). É possível perceber que a utilização desse critério é bastante abrangente.

Em segundo e terceiro lugares, os critérios mais referidos foram a média quadritonal entre 0,5, 1, 2 e 3 kHz (n=3) (PUCCINELLI; CARLSON, 2019; WEIR *et al.*, 2016; WEIR *et al.*, 2016) e a média tritonal entre as frequências de 0,5, 1 e 2 kHz (n=3) (MCRACKAN *et al.*, 2018; MOHAN *et al.*, 2018; HAVENGA *et al.*, 2015). Os estudos que empregaram esses critérios foram publicados em apenas dois países (EUA e África do Sul). Foram adotados no diagnóstico da perda auditiva de forma geral e em patologias como Schwannoma do acústico, síndrome de Ehlers-Danlos e doença de Duane. Mais uma vez, os EUA concentraram o maior número de pesquisas (n=5).

No Brasil, o CFFa por meio do guia de orientação na avaliação audiológica, reconhece que há uma literatura extensa para a classificação do grau da perda auditiva e, baseado em estudos robustos sugere o uso da média quadritonal entre 0,5, 1, 2, e 4 kHz ou da média tritonal entre as frequências de 0,5, 1 e 2 kHz. A decisão para o emprego de qualquer uma delas é livre para cada profissional, porém é necessário que a escolha seja devidamente referenciada (CFFa, 2020). Outros autores também admitem que há contradições sobre qual seria a melhor classificação e visando a prioridade da inteligibilidade de fala, afirmam que o critério mais adequado é a média obtida nas frequências de 0,5 a 4 kHz (RUSSO *et al.*, 2009).

Em 2011, Dobie realizou um estudo e validou o método da *American Medical Association* (AMA) de estimativa de deficiência auditiva. Esse método defende que a utilização da média quadritonal entre as frequências de 0,5, 1, 2 e 3 kHz é adequada. Contrapondo-se ao uso dos Guias da AMA, alguns pesquisadores avaliaram a sua confiabilidade e os resultados sugeriram que os processos de confiabilidade e validação necessitam ser analisados por diferentes avaliadores (FORST; FRIEDMAN; CHUKWU, 2010).

O Comitê de Audição da *American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery* (AAO-HNS) reconheceu que a falta de padronização para classificar o nível da função auditiva dificulta o desenvolvimento das pesquisas. Com isso, aprovou um padrão para os resultados auditivos a partir da média quadritonal entre 0,5, 1, 2 e 3 kHz. Em 2013, a *American Academy of Audiology* (AAA) fez um pronunciamento e deixou clara a sua preocupação a respeito dessa padronização. Para ela, é necessário que haja evidência suficiente sobre a eficácia dessa proposta e que a utilização da frequência de 3 kHz não é o ideal para Perdas Auditivas Induzidas por Ruído (PAIR) ou ototóxicos, por exemplo. Nesses casos, as alterações são observadas até a frequência de 4kHz (CARLSON, 2013).

Paralelamente às recomendações do CFFa, o Decreto nº 5.296/2004 que regulamenta as Leis nº 10.048/2000 e nº 10.098/2000, estabelece que a pessoa portadora de deficiência auditiva é aquela que atende ao critério descrito no artigo 4º (BRASIL, 2004):

É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias: ... II - deficiência auditiva – perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz.

Segundo o decreto, as perdas unilaterais não são consideradas e, quanto ao cálculo do grau, há ambiguidade sobre a utilização das frequências. Da forma apresentada, não fica evidente se o valor em dB é obtido a partir da média quadrilateral ou das frequências isoladas. Ambas as alternativas não seguem as recomendações do CFFa, que não inclui a frequência de 3 kHz no cálculo da média quadrilateral, tampouco concorda em estabelecer o grau da perda auditiva por frequências de forma isolada (CFFa, 2020).

Ao comparar o critério de deficiência auditiva descrito na legislação brasileira com os mais utilizados por pesquisadores nacionais e internacionais, nota-se imprecisão. A literatura apresenta poucas evidências para a indicação do uso da frequência de 3 kHz no cálculo da média quadrilateral. Dos 39 artigos incluídos na análise, somente três adotaram esse critério. Dois deles, foram desenvolvidos pelos mesmos autores. Ademais, as indicações clínicas foram limitadas e nenhum deles foi realizado no Brasil, como visto anteriormente (PUCCINELLI; CARLSON, 2019; WEIR *et al.*, 2016; WEIR *et al.*, 2016). A não inclusão da frequência de 4 kHz no cálculo da média quadrilateral afeta a representação mais verídica da inteligibilidade de fala (RUSSO *et al.*, 2009). Isso revela que o critério legal adotado no Brasil para o reconhecimento da deficiência auditiva precisa ser discutido e reavaliado.

O Brasil é considerado um dos países mais inclusivos da América Latina, devido a todo seu arcabouço jurídico (III CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 2012). No entanto, quando os limites técnicos da escolha pelo melhor critério para a classificação da perda auditiva são ultrapassados, encontra-se uma questão ainda mais complexa, a proteção social das PcD auditiva. A junção de um critério biomédico arbitrário, representado pelo Decreto nº 5.296/2004 (BRASIL, 2004), com a realidade de diagnósticos tardios e a supressão de fatores sociais agregados, pode resultar em danos bastante significativos para o indivíduo e sua família (COSTA, 2017). Suas repercussões atingem não apenas a habilidade de comunicação. Os aspectos emocionais e socioeconômicos também são afetados, visto que, as oportunidades de acesso à educação, qualificação profissional e mercado

de trabalho representam um grande desafio para essas pessoas (MALHEIROS; CAVALCANTI, 2015).

Na prática, para tentar ter acesso aos direitos conquistados ao longo do tempo, como a contratação de deficientes pelas empresas (Lei nº 8.213/1991), a garantia do Benefício de Prestação Continuada (BPC) (Lei nº 8.742/1993) e as cotas em concursos públicos (Decreto nº 3.298/1999), é necessário apelar ao Poder Judiciário (BRASIL, 1991; BRASIL, 1993; BRASIL, 1999). Contudo, nota-se que mesmo neste Poder não há unanimidade das decisões a respeito do critério para classificação da PcD auditiva especificado no Decreto nº 5.296/2004 (BRASIL, 2004). Para o Tribunal Superior do Trabalho (TST), há jurisprudência a favor da aceitação da perda auditiva unilateral como deficiência (CONJUR, 2017). Já o Superior Tribunal de Justiça (STJ), por meio de súmula, segue a recomendação do decreto supracitado e desconsidera as perdas auditivas unilaterais (BRASIL, 2018).

O PVSL representa um marco legal importante (BRASIL, 2011). Porém, a barreira inicial imposta ao sujeito, que é o diagnóstico da perda auditiva, pode gerar o não reconhecimento das vulnerabilidades e, em alguma medida, causar exclusão ao invés de inclusão social. A falta de uma diretriz sobre os critérios para esse diagnóstico por parte do MS contribui para toda divergência observada e a deficiência auditiva, com toda sua complexidade, segue invisível e incompreensível em sua totalidade.

Sobre os demais critérios identificados nessa revisão para o cálculo do grau da perda auditiva, embora tenham sido mencionados pelos autores dos estudos, não se encontrou recomendação na literatura que apoiasse sua utilização. Esses critérios discordantes dos três mais prevalentes foram empregados para finalidades específicas, tais como, a avaliação da ototoxicidade de alguns medicamentos e classificação de etnia humana.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizou-se uma avaliação *ex-post*, do tipo avaliação de resultados do EAS-PVSL, com foco nas ações destinadas à saúde auditiva, implementadas no período de 2012 a 2019. Adicionalmente, identificaram-se os critérios mais utilizados para o diagnóstico da deficiência auditiva na literatura científica e discutiu-se o que foi adotado na norma nacional, tendo em vista a possibilidade de produção de maior ou menor exclusão social. As principais conclusões deste trabalho são:

1. Houve ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde das PcD, contudo, esse objetivo do EAS-PVSL foi parcialmente atingido. Pelo menos metade das metas definidas pelo Governo Federal para cumprimento até 2014 não foram alcançadas;
2. Após 2014, iniciou-se um processo de esvaziamento do EAS-PVSL, com perda de prioridade na agenda do governo, ainda que metas relacionadas ao programa tenham sido estabelecidas no PPA 2016-2019. São evidências desse processo: a redução significativa dos recursos alocados ao seu financiamento, especialmente a partir de 2017; a afirmação da área responsável pelo programa no MS, em resposta a pedido de acesso à informação, de que o EAS-PVSL foi encerrado em 2014; e a falta de pactuação de novas metas no PPA 2020-2023, ainda que em 2020 tenham sido empenhados R\$ 87,9 milhões e em 2021 estejam autorizados R\$ 111,8 milhões para financiamento de ações do programa. Isso parece indicar que o EAS-PVSL entrou em modo automático, sem que sejam adotadas quaisquer medidas para impulsionar as ações em direção ao pleno alcance de seu objetivo;
3. O EAS-PVSL é tratado como encerrado pela área responsável pelo programa no MS, mas ele não foi substituído por nenhuma outra iniciativa. Nenhum outro programa foi colocado em seu lugar e os recursos continuam sendo executados, mesmo em 2020 e 2021, associados ao EAS-PVSL, sendo os únicos destinados especificamente para a rede de atenção à saúde das PcD; e que
4. O critério previsto na legislação brasileira para o diagnóstico da deficiência auditiva não é o predominante na literatura científica. Além disso, como no Brasil somente se reconhece a existência da deficiência se a perda auditiva for bilateral, pode-se gerar maior exclusão do que inclusão social, por não possibilitar que pessoas com comprometimento significativo da audição tenham acesso a oportunidades e a programas de proteção social específicos para as PcD.

Destaca-se, ainda, quanto à avaliação dos resultados do EAS-PVSL, que na caracterização do público-alvo apresentada, não se tem a real dimensão do tamanho desse grupo populacional e das condições de vulnerabilidade das PcD auditiva no Brasil. A defasagem de informações populacionais disponibilizadas pelo IBGE, em virtude do atraso na realização do Censo demográfico 2020, contribui para tanto.

Adicionalmente, é irrefutável que a falta de padronização para a classificação da perda auditiva é uma realidade comum a muitos países, dentre eles, o Brasil. Contudo, verificou-se que, tanto nacional quanto internacionalmente, há uma predileção pelo critério que adota a média quadritonal entre as frequências de 0,5, 1, 2 e 4 kHz. De acordo com a pesquisa realizada, essa classificação favorece a avaliação mais fidedigna da audição. Como dito anteriormente, o critério legal brasileiro além de não acompanhar essas evidências, ignora as perdas auditivas unilaterais e como resultado, parte da população de deficientes auditivos não é beneficiada pelas políticas públicas de proteção social, o que os torna ainda mais vulneráveis.

O PVSL é uma notável política de inclusão social das PcD. No entanto, embora tenham sido identificados avanços para a garantia do direito à saúde das PcD, em especial, as PcD auditiva, os resultados alcançados foram insuficientes para promovê-la. Existem inúmeras lacunas e desafios a serem enfrentados, começando pelo diagnóstico adequado da perda auditiva. Desse modo, faz-se necessário um debate abrangente a respeito da saúde da PcD no Brasil, especialmente das PcD auditiva, a fim de efetivar os direitos sociais instituídos.

Em relação à limitação da metodologia utilizada na avaliação do EAS-PVSL, muitas críticas têm sido feitas à abordagem da avaliação centrada em objetivos, entre elas, que: A) ignora alternativas importantes que precisam ser consideradas no planejamento de um programa; B) negligencia o contexto em que a avaliação é feita; C) ignora resultados importantes, não previstos pelo programa; e D) promove uma abordagem linear e inflexível da avaliação (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRIK, 2004).

Tanaka (2017) critica ainda os avaliadores que se predem muito ao rigor metodológico na condução da avaliação e defende que não se pode mantê-lo em detrimento da tempestividade na produção de resultados que serão úteis aos tomadores de decisão. O autor argumenta que uma margem de erro sempre existe nas avaliações e que o avaliador é um ator político que precisa ser flexível e humilde para que sua perspectiva seja considerada. Além disso, destaca a importância da participação na avaliação do maior número de atores que podem gerar mudanças no processo avaliado.

Sobre a participação de diversos atores, Bosi e Mercado-Matínez (2011) advogam em favor de um modelo de avaliação participativo que contrasta com o modelo tradicional,

considerado prescritivo, muito difundido na América Latina em virtude do apoio à implementação de diversos programas por organismos internacionais, entre eles, o Bird. Para os autores, a prática avaliativa deve se preocupar com a democratização dos processos, a escuta dos atores (entre eles beneficiados pelos programas ou usuários dos serviços de saúde) e o interesse nos resultados, mas com atenção aos processos subjetivos. Ainda de acordo com eles, os modelos de avaliação devem considerar a alteridade, a subjetividade, os vários processos de significação, a integralidade e a humanização do cuidado, a participação e o controle social, e a gestão democrática do sistema de saúde.

Vem aumentando no campo da avaliação a recomendação de uso de estratégias que utilizem abordagens multidimensionais, como por exemplo a qualidade e a humanização do cuidado, para além da eficácia, da efetividade e da eficiência dos programas, dos serviços e do sistema de saúde (BOSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2011).

Embora as avaliações centradas em objetivos sejam alvo de muitas críticas, não se pode desconhecer o seu valor. Programas de saúde precisam ser adequadamente financiados e implementados, sendo o estabelecimento de metas uma estratégia importante para a mensuração do alcance de seus propósitos e para que se caminhe em direção a eles. A avaliação do EAS-PVSL revela o papel desse tipo de avaliação. Que não é desenhada para responder perguntas sobre a eficácia ou eficiência do programa, ou ainda, para contemplar a perspectiva do beneficiário sobre ele, mas que pode fornecer pistas importantes sobre o seu processo de implementação e sobre a prioridade que ele tem recebido por parte de seus responsáveis. No caso estudado, isso importa muito, considerando as necessidades ainda não satisfeitas em termos de acesso das PcD a serviços especializados de saúde.

Quanto às limitações da revisão de escopo, o fato de terem sido utilizadas apenas duas plataformas para busca da literatura científica (BVS e PUBMED) e de não terem sido incluídas fontes de informação governamentais pode ter restringido a identificação de documentos técnicos de outros países sobre o diagnóstico da perda auditiva. Entretanto, essa limitação pode ter sido mitigada pela quantidade de estudos originários de um mesmo país, o que faz supor que normativas nacionais relevantes tenham sido consideradas na eleição dos critérios utilizados nos estudos.

8. RECOMENDAÇÕES

Diante das evidências apresentadas, em relação à implementação do EAS-PVSL, é urgente que ele seja fortalecido, considerando que legalmente o programa continua vigente. Os recursos orçamentários-financeiros para esse eixo precisam ser ampliados e as metas físicas reformuladas. Sobretudo no atual contexto sanitário da pandemia de COVID-19, no qual se imagina que os efeitos da pandemia sobre as PcD podem ser enormes, embora totalmente desconhecidos. A falta de investimentos por parte do Estado brasileiro na proteção dos mais vulneráveis, como as PcD, demonstra a escolha política por parte do Governo Federal (REICHENBERGER *et al.*, 2020).

Ademais, é fundamental que as informações sobre o cumprimento ou não das metas do Plano sejam devidamente divulgadas por meio dos relatórios anuais de gestão das secretarias do MS e da SAS, e dos relatórios de avaliação dos PPA do Governo Federal. Isso traz benefícios para o processo de avaliação, pois proporciona dados mais robustos para guiar a tomada de decisão.

Quanto aos resultados da revisão de escopo da literatura e à vigência do Decreto nº 5.296/2004, propõem-se ao MS, por meio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e da CGSPD, a elaboração de diretrizes para o diagnóstico da deficiência auditiva, visando à uniformização dos critérios utilizados no país e a revisão da norma legal, que hoje constitui obstáculo à proteção social de parte das pessoas com essa deficiência.

O presente estudo buscou realizar uma avaliação de resultados do EAS-PVSL. Logo, não é possível, a partir dos resultados encontrados, proferir conclusões a respeito do impacto das metas avaliadas sobre o público-alvo da pesquisa. Desse modo, observando as recomendações sobre a importância de abordagens avaliativas multidimensionais (BOSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2011), aconselha-se a realização de estudos que busquem relacionar de que forma o cumprimento das metas estabelecidas impactou o acesso à saúde e, consequentemente, na qualidade de vida das PcD.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. K. A.; NATAL, S.; FELISBERTO, E.; SAMICO, I. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 89-107.
- AMARILLO, E. *et al.* Intratympanic steroids for combined treatment of idiopathic sudden hearing loss: when is it too late? **Acta Oto-Laryngologica [internet]**, 139, n. 7, p. 632-635, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/journal/0001-6489_Acta_Oto-Laryngologica Acesso em: 26 abr. 2020.
- BENNETT, R. J.; MEYER, C.; EIKELBOOM, R. H. Does clinician continuity influence hearing aid outcomes? **International Journal of Audiology [internet]**, 55, n. 10, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14992027.2016.1185169> Acesso em: 19 abr. 2020.
- BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 65-78.
- BOCCOLINI, P. D. M. M. *et al.* Desigualdades sociais nas limitações causadas por doenças crônicas e deficiências no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde – 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22, n. 11, p. 3537-3546, 2017.
- BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde: modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. In: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde**. Campinas: Editora da Unicamp, 2011. p. 41-62.
- BRAGA, M. M. S.; SCHUMACHER, A. A. Direito e inclusão da pessoa com deficiência: uma análise orientada pela Teoria do Reconhecimento Social de Axel Honneth. **Revista Sociedade e Estado**, 28, n. 2, p. 375-392, 2013.
- BRANCO, A. P. S. C.; ALMEIDA, M. A. Avaliação da satisfação de estudantes público-alvo da educação inclusiva em cursos de pós-graduação de universidades públicas. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, 24, n. 1, p. 45-67, 2019.
- BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de

Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1999.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm Acesso em: 18 jan. 2020.

_____. Lei nº 13.249, de 13 de janeiro de 2016. Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2016 a 2019. Brasília: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113249.htm. Acesso em: 29 jul. 2021.

_____. Portaria de Consolidação nº 2, de 3 de outubro de 2017. Anexo XIII. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Origem: PRT MS/GM 1060/2002). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOIII. Acesso em: 29 jul. 2021.

_____. Supremo Tribunal Federal. Brasília, 2018. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=380853&tip=UN> Acesso em: 02 jul. 2020.

_____. Lei nº 13.971, de 27 de dezembro de 2019. Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2020 a 2023. Brasília: Presidência da República, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/Anexos/Anl13971.pdf. Acesso em: 29 jul. 2021.

_____. Senado Federal. Sistema de Informações sobre o Orçamento Federal - SIGA Brasil. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil> Acesso em: 18 jan. 2020a.

_____. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde - FNS. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/> Acesso em: 18 jan. 2020b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/> Acesso em: 18 jan. 2020c.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS. Disponível em: <http://datasus1.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/ambulatoriais/sia> Acesso em: 18 jan. 2020d.

_____. Controladoria-Geral da União, Ministério da Saúde. Sistema Eletrônico de Informações ao Cidadão (e-SIC). Disponível: <https://esic.cgu.gov.br/falabr.html> Acesso em: 18 jan. 2020e.

_____. Tribunal de contas da União – TCU. Prestação de contas anuais. Relatórios de gestão. Brasília. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/contas/contas-e-relatorios-de-gestao/> Acesso em: 15 out. 2020f.

_____. Ministério da Economia. Planejamento e orçamento. Plano Plurianual (PPA). Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual-ppa> Acesso em: 15 out. 2020g.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf Acesso em: 18 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Triagem Neonatal Biológica: Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf Acesso em: 18 jul. 2021.

_____. **Avaliação de Políticas Públicas: guia prático de análise ex ante**, volume 1. Casa Civil da Presidência da República e IPEA, Brasília, 2018a. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32688 Acesso em: 18 de jan. 2020.

_____. **Avaliação de Políticas Públicas: guia prático de análise ex post**, volume 2. Casa Civil da Presidência da República e IPEA, Brasília, 2018b. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34504 Acesso em: 18 de jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XIII - Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 5 mai. 2021.

BRENNAN-JONES, C. G.; EIKELBOOM, R. H.; SWANEPOEL, D. W. Diagnosis of hearing loss using automated audiometry in an asynchronous telehealth model: A pilot accuracy study. **Journal of Telemedicine and Telecare [internet]**, 23, n. 2, p. 256-262,

2016. Disponível em:

https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1357633X16641552?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed Acesso em: 26 abr. 2020.

BRUNO, R. *et al.* Even in the era of congenital hypothyroidism screening mild and subclinical sensorineural hearing loss remains a relatively common complication of severe congenital hypothyroidism. **Hearing Research**. [internet], 327, p. 43-47, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378595515001100?via%3Dihub> Acesso em: 27 abr. 2020.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm Acesso em: 05 jun. 2021.

_____. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18213cons.htm Acesso em: 21 mar. 2021.

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm Acesso em: 21 mar. 2021.

_____. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm Acesso em: 21 mar. 2021.

_____. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/110098.htm Acesso em: 18 jan. 2020.

_____. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048/2000 e nº 10.098/2000. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm Acesso em: 18 jan. 2020.

_____. Lei 12.303, de 2 de agosto de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112303.htm Acesso em: 04 jul. 2021.

_____. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm Acesso em: 18 jan. 2020

_____. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm Acesso em: 18 jan. 2020.

BUREAU INTERNATIONAL D'AUDIOPHONOLOGY (BIAP): Audiometric Classification of Hearing Impairments. Lisboa, 1996. Disponível em: <https://www.biap.org/fr/recommandations/recomendaciones/ct-02-clasificacio-n-de-las-deficiencias-auditivas/112-rec-02-01-es-clasificacion-audiometrica-de-las-deficiencias-auditivas/file> Acesso em: 18 jan. 2020.

CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação [internet]**, 19, n. 52, p. 207-210, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/fYrgn9vrBQcMddbRWStqfm/?lang=pt> Acesso em: 11 jul. 2021.

CANABARRO, M. S. *et al.* Programa de Triagem Auditiva Neonatal: resultados de um hospital universitário de Porto Alegre. **Revista HCPA**, 32, n. 1, p. 30-34, 2012.

CAPELLA, A. C. N. **Formulação de políticas**. Brasília: Enap, 2018.

CARLSON, D. American Academy of Audiology Response to Gurgel et al. **Otolaryngology Head and Neck Surgery [internet]**, 149, n. 2, p. 349-350, 2013. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0194599813491706?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed Acesso em: 18 jun. 2020.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como elaborar modelo lógico**: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2010. (Nota Técnica n. 6). Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/100924_notatec6disoc.pdf Acesso em: 27 jan. 2020.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; BROUSSELLE, A.; HARZ, Z.; DENIS, J. L. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes: In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. **L'évaluation: concepts et méthodes**. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 2009. p. 35-56.

CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; HARZ, Z.; DENIS, J. L.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A. *et al* (orgs). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 61-74.

CHU, Y. C. *et al*. A Mobile Phone-Based Approach for Hearing Screening of School-Age Children: Cross Sectional Validation Study. **JMIR mHealth e uHealth [internet]**, 7, n. 4, p. 1-13, 2019. Disponível em: <https://mhealth.jmir.org/2019/4/e12033/> Acesso em: 19 abr. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (CFFa). **GUIA DE ORIENTAÇÕES NA AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA**. Brasília, 2020. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2020/05/CFFa_Manual_Audiologia.pdf Acesso em: 17 jun. 2020.

CONSULTOR JURÍDICO. Perda auditiva unilateral grave é considerada deficiência, diz TST. **Revista Consultor Jurídico [internet]**. 2017. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-jan-07/perda-auditiva-unilateral-grave-considerada-deficiencia-tst> Acesso em: 02 jul. 2020.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-47.

COSTA, N. R. Burocracia pública e política social no Brasil. **Ciência & saúde coletiva [internet]**, 22, n. 11, p. 3505-3514, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017021103505&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 19 jun. 2020.

DOBIE, R. A. The AMA Method of Estimation of Hearing Disability: A Validation Study. **Ear and Hearing. [internet]**, 32, n. 6, p. 732-740, 2011. Disponível em: <https://insights.ovid.com/article/00003446-201111000-00006> Acesso em: 18 jun. 2020.

DWYER-HEMMINGS, L. *et al*. Stapes Surgery for Profound Hearing Loss Secondary to Otosclerosis. **Ear, Nose & Throat Journal [internet]**, 98, n. 5, p. 273-278, 2019. Disponível

em: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0145561319834540?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed Acesso em: 19 abr. 2020.

EL-BADRY, M. M. *et al.* Evaluation of the radiological criteria to diagnose large vestibular aqueduct Syndrome. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology [internet]**, 81, p. 84-91, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165587615006394?via%3Dihub> Acesso em: 26 abr. 2020.

ENAP – ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. **Orçamento público: conceitos básicos**. Brasília: ENAP, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3j2MpXc>. Acesso em: 29 jul. 2021.

ESTEVÃO, R. B.; FERREIRA, M. D. M. Análise de Políticas Públicas: uma breve revisão de aspectos metodológicos para formulação de políticas. **HOLOS**, v. 3, p. 168-185, 2018.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FARO, J. P. Políticas Públicas, deveres fundamentais e concretização de direitos. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 250-269, 2013.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 1-13.

FORST, L.; FRIEDMAN, L.; CHUKWU, A. Reliability of the AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment. **Journal of Occupational Environmental Medicine [internet]**, 52, n. 12, p. 1201-1203, 2010. Disponível em: https://journals.lww.com/joem/Abstract/2010/12000/Reliability_of_the_AMA_Guides_to_the_Evaluation_of.11.aspx Acesso em: 18 jun. 2020.

FOULON, I. *et al.* Hearing configuration in children with cCMV infection and proposal of a flow chart for hearing Evaluation. **International Journal of Audiology [internet]**, 54, n. 10, p. 714-719, 2015. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14992027.2015.1046506> Acesso em: 19 abr. 2020.

FREITAS, M. N. C. Inserção e Gestão do Trabalho de Pessoas com Deficiência: Um estudo

de Caso. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 13, Edição Especial, art. 8, p. 121-138, 2009.

GISSELSSON-SOLEN, M. The Swedish grommet register – Hearing results and adherence to guidelines. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology [internet]**, 110, p. 105-109, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165587618302143?via%3Dihub> Acesso em: 19 abr. 2020.

HAVENGA, E. *et al.* Tele-intervention for children with hearing loss: A comparative pilot study. **Journal of Telemedicine and Telecare [internet]**, 23, n. 1, p. 116-125, 2015. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1357633X15617886?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed Acesso em: 19 abr. 2020.

HEFFERNAN, C. B. *et al.* Does Clarithromycin Cause Hearing Loss? A 12-Year Review of Clarithromycin Therapy for Nontuberculous Mycobacterial Lymphadenitis in Children. **The Annals of Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology. [internet]**, 127, n. 10, p. 687-693, 2018. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0003489418788112?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed Acesso em: 26 abr. 2020.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf Acesso em: 18 jan. 2020.

_____. Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. (Nota Técnica n. 1). Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf. Acesso em: 24 set. 2021.

_____. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: volumes 1, 3 e 4. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/29540-2013-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=9162&t=publicacoes> Acesso em: 18 jan. 2020.

_____. Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/precos-e-custos/9256-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor-amplo.html?=&t=o-que-e> Acesso em: 18 jan. 2020.

_____. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: ciclos de vida Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>. Acesso em: 24 set. 2021.

IBRAHIM, I. A.; TING, H. N.; MOGHAVVEMI, M. A Novel Approach for Classifying Native Chinese and Malay Speaking Persons According to Cortical Auditory Evoked Responses. **The Journal of International Advanced Otology [internet]**, 15, n. 1, p. 87-93, 2019. Disponível em: <https://advancedotology.org/en/a-novel-approach-for-classifying-native-chinese-and-malay-speaking-persons-according-to-cortical-auditory-evoked-responses-131363> Acesso em: 19 abr. 2020.

III CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 2012, Brasília. “Um olhar através da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU: Novas perspectivas e desafios” [...]. [S. L.: s. n.], 2012.

JEONG, H. *et al.* S. Evaluation of Audiometric Test Results to Determine Hearing Impairment in Patients with Rheumatoid Arthritis: Analysis of Data from the Korean National Health and Nutrition Examination Survey. **PLoS One. [internet]**, 11, n. 10, p. 1-14, 2016. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0164591> Acesso em: 19 abr. 2020.

KIM, E. *et al.* Evaluation of Ventilation Tube Placement and Long-term Audiologic Outcome in Children with Cleft Palate. **The Cleft palate-craniofacial journal [internet]**, 54, n. 6, p. 650-655, 2016. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1597/15-349?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed Acesso em: 26 abr. 2020.

KOMORI, M. *et al.* Cochlin-tomoprotein test and hearing outcomes in surgically treated true idiopathic perilymph fistula. **Acta Oto-laryngologica [internet]**, 136, n. 9, p. 901-904, 2016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/00016489.2016.1165861> Acesso em: 27 abr. 2020.

KREICHER, K. L. *et al.* Hearing loss in children with primary ciliary dyskinesia. **International journal of pediatric otorhinolaryngology [internet]**, 104, p. 161-165, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165587617305487?via%3Dihub> Acesso em: 26 abr. 2020.

LANE, S. J. *et al.* Neural Foundations of Ayres Sensory Integration®. **Brain sciences [internet]**, 9, n. 7, p. 2-14, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6680650/> Acesso em: 03 jul. 2021.

LASSANCE, A. O que é uma política e o que é um programa: uma pergunta simples e até hoje sem resposta clara. **Boletim de Análise Político-Institucional**, Brasília, n. 27, p. 59-67, 2021.

LEIGH, J. R.; DETTMAN, S. J.; DOWELL, R. C. Evidence-based guidelines for recommending cochlear implantation for young children: Audiological criteria and optimizing age at implantation. **International Journal of Audiology [internet]**, 55, n. 2, p. 9-18, 2016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14992027.2016.1157268> Acesso em: 19 abr. 2020.

LEIGH, J. R. *et al.* Evidence-based guidelines for recommending cochlear implantation for postlingually deafened adults. **International Journal of Audiology [internet]**, 55, n. 2, p. 3-8, 2016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14992027.2016.1146415> Acesso em: 19 abr. 2020.

LEWIS, D. R. *et al.* Comitê multiprofissional em saúde auditiva COMUSA. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology [internet]**, 76, n. 1, p. 121-128, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/6Ffk6pTDGccSf4NWFTXy5zH/?lang=pt> Acesso em: 18 de jul. 2021.

LIBERMAN, P. H. P. **Relação entre perda auditiva e alterações genéticas em pacientes tratados de câncer na infância**. 2015. 85 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Fundação Antônio Prudente, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://accamargo.phlnet.com.br/Doutorado/2015/PatriciaHPLiberman/PatriciaHPLiberman.pdf>

LLOYD, L. L.; KAPLAN, H. **Audiometric interpretation: a manual of basic audiometry**. Baltimore: University Park Press, p. 16, 1978.

LÔBO, M. G.; ANDRADE, C. L.O.; ALVES, C. Avaliação da cobertura da triagem neonatal nas macrorregiões de saúde do estado da Bahia entre os anos de 2011 e 2018. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas [internet]**, 19, n. 4, p. 565-571, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/42670> Acesso em: 04 jul. 2021.

LOOI, V.; BLUETT, C.; BOISVERT, I. Referral rates of postlingually deafened adult hearing aid users for a cochlear implant candidacy Assessment. **International Journal Audiology [internet]**, 56, n. 12, p. 919-925, 2017. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14992027.2017.1344361> Acesso em: 19 abr. 2020.

LOPES, B.; AMARAL, J. N.; CALDAS, R. W. **Políticas Públicas: conceitos e práticas**. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008. Disponível em: <http://www.mp.ce.gov.br/nespeciais/promulher/manuais/MANUAL%20DE%20POLITICAS%20P%C3%A9BLICAS.pdf> Acesso em: 28 jan. 2020.

LOUW, C.; SWANEPOEL, D. W.; EIKELBOOM, R. H. Self-Reported Hearing Loss and Pure Tone Audiometry for Screening in Primary Health Care Clinics. **Journal of Primary Care & Community Health [internet]**, 9, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6170964/> Acesso em: 19 abr. 2020.

LOVETT, R. E. S.; VICKERS, D. A.; SUMMERFIELD, A. Q. Bilateral Cochlear Implantation for Hearing-Impaired Children: Criterion of Candidacy Derived from an Observational Study. **Ear and Hearing [internet]**, 36, n. 1, p. 14-23, 2015. Disponível em: <https://insights.ovid.com/article/00003446-201501000-00003> Acesso em: 27 abr. 2020.

MALHEIROS, M. A. S. F.; CAVALCANTI, H. G. Caracterização dos programas de triagem auditiva neonatal das maternidades localizadas no município de João Pessoa-PB. **Revista CEFAC [internet]**, 17, n. 2, p. 454-460, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151618462015000200454&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 20 jun. 2020.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3253-3264, 2016-10, 2016.

MARCHESI, A. Comunicação, linguagem e pensamento. In: CALL, C.; PALÁCIOS, J.; MARCHESI, A. **Desenvolvimento Psicológico e Educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 200-216, 1996.

MARNITZ, S. *et al.* Age-corrected hearing loss after chemoradiation in cervical cancer Patients. **Strahlentherapie und Onkologie [internet]**, 194, n. 11, p. 1039-1048, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00066-018-1347-6> Acesso em: 26 abr. 2020.

McRACKAN, T. R. *et al.* Earphone and aided word recognition differences in cochlear implant candidates. **Otology & Neurotology [internet]**, 39, n. 7, p. 543-549, 2018. Disponível em: https://journals.lww.com/otology-neurotology/Abstract/2018/08000/Earphone_and_Aided_Word_Recognition_Differences_in.12.aspx Acesso em: 19 abr. 2020.

MENEGUIN, F. B. Avaliação de impacto legislativo no Brasil. **Centro de Estudos da**

Consultoria do Senado, Brasília, 2010. Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td-70-avaliacao-de-impacto-legislativo-no-brasil> Acesso em: 18 jan. 2020.

MERESSI, F. S.; OLIVEIRA, M. L. A.; PILETTI, F. J. Avaliação de Políticas Públicas sob a Ótica Orçamentária: um processo em construção. **Revista Brasileira de Planejamento e Orçamento**, v. 8, n. 2, p. 114-129, 2018.

MISTRY, S. G. *et al.* Inside implant criteria or not? – Detection of nonorganic hearing loss during cochlear implant assessment. **Cochlear implants international [internet]**, 17, n. 6, p. 276-282, 2016. Disponível em:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14670100.2016.1249993> Acesso em: 26 abr. 2020.

MOHAN, S. *et al.* Assessment of Disease-Specific and General Patient-Reported Outcome Measures of Hearing Health. **Otolaryngology-Head and Neck Surgery [internet]**, 158, n. 4, p. 702-709, 2018. Disponível em:
https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0194599818757998?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed Acesso em: 19 abr. 2020.

MOMENSON-SANTOS, T. M. *et al.* Determinação dos limiares tonais por via aérea e por via óssea. *In*: MOMENSON-SANTOS, T. M.; RUSSO, I. C. P. **Prática da Audiologia Clínica**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, cap. 4, p. 67-95, 2007.

MOULIN, A.; PAUZIE, A.; RICHARD, C. Validation of a French translation of the speech, spatial, and qualities of hearing scale (SSQ) and comparison with other language versions. **International Journal of Audiology [internet]**, 54, n. 12, p. 889-898, 2015. Disponível em:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14992027.2015.1054040> Acesso em: 19 abr. 2020.

MUNGUBA, M. C. S.; VIEIRA, A. C. V. C.; PORTO, C. M. V. Da invisibilidade à participação social: promoção da saúde em pessoas com deficiência. **Revista Brasileira em promoção da saúde [internet]**, 28, n. 4, p. 463-466, 2015. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-2376> Acesso em: 11 jul. 2021.

MUNIZ, J. O.; VENEROSO, C. Z. Diferenciais de participação laboral e rendimento por gênero e classes de renda: uma investigação sobre o ônus da maternidade no Brasil. **Revista de Ciência Sociais [internet]**, 62, n. 1, p. 1-38, 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/dados/a/y5gC4JLvrQRTTGb7zfz4HcQ/abstract/?lang=pt> Acesso em: 04 jul. 2021.

MUNN, Z. *et al.* Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing

between a systematic or scoping review approach. **BMC Medical Research Methodology [internet]**, 18, n. 143, p. 1-7, 2018. Disponível em: <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-018-0611-x> Acesso em: 24 jun. 2021.

MUUS, J. S. *et al.* Hearing loss in children with growth hormone deficiency. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology [internet]**, 100, p. 107-113, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165587617302963?via%3Dihub> Acesso em: 26 abr. 2020.

NICOLAU, S. M.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. C. M. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [internet]**, 18, n. 3, p. 863-872, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/x4Ct7sJ4krY7wzGH5XX57nR/?lang=pt> Acesso em: 06 jul. 2021.

NOGUEIRA, G. C.; SCHOELLER, S. D.; RAMOS, F. R. S.; PADILHA, M. I.; BREHMER, L. C. F.; MARQUES, A. M. F. B. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3131-3142, 2016.

OLIVEIRA, F. A. **Economia e política das finanças públicas no Brasil: um guia de leitura**. São Paulo: Hucitec, 2009.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. 2004. Disponível em: http://www.crefito10.org.br/cmslite/userfiles/file/artigos/cif/CIF_port_2004.pdf Acesso em: 02 mai. 2021.

_____. **Graus de Deficiência Auditiva**. 2014. Disponível em: https://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/ Acesso em: 18 jan. 2020.

PAGLIUCA, L. M. F. *et al.* Repercussão de políticas públicas inclusivas segundo análise das pessoas com deficiência. **Escola Anna Nery**, 19, n. 3, p. 498-504, 2015.

PASCHOAL, M. R., CAVALCANTI, H. G., FERREIRA, M. A. F. Análise espacial e temporal da cobertura da triagem auditiva neonatal no Brasil (2008-2015). **Ciência & Saúde Coletiva [internet]**, Rio de Janeiro, 22, n.11, p. 3615-3624, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n11/3615-3624/pt>

PINTO, E. S. G.; SOUZA, N. L. (orgs). **Caminho para a avaliação em saúde: elaboração de**

modelos lógicos como passo inicial. Curitiba: Editora CRV, 2017.

PIOLA, S. F. **Transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde para estados, Distrito Federal e municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar nº 141/2012.** Brasília: Ipea, 2017. (Texto para Discussão n. 2298).

PLANO NACIONAL DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: Plano Viver sem Limite (PVSL), 2013. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/biblioteca/pessoa-com-deficiencia/cartilha-viver-sem-limite-plano-nacional-dos-direitos-da-pessoa-com-deficiencia/view> Acesso em: 18 jan. 2020.

PUCCINELLI, C.; CARLSON, M. L. Improvement or Recovery from Sudden Sensorineural Hearing Loss with Steroid Therapy Does Not Preclude the Need for MRI to Rule Out Vestibular Schwannoma. **Otology & Neurotology [internet]**, 40, n. 5, p. 674-680, 2019. Disponível em: https://journals.lww.com/otology-neurotology/Abstract/2019/06000/Improvement_or_Recovery_From_Sudden_Sensorineural.27.aspx Acesso em: 26 abr. 2020.

REICHENBERGER, V. *et al.* O desafio da inclusão de pessoas com deficiência na estratégia de enfrentamento à pandemia de COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [internet]**, 29, n. 5, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/PmtcgvxKKswpQTxbZVVyVpk/?lang=pt> Acesso em: 20 jul. 2020.

RIBEIRO, L. *et al.* Avaliação da Perda Auditiva em Doentes com Tuberculose Multirresistente. **Revista Científica da Ordem dos Médicos [internet]**, 28, n. 1, p. 87-91, 2015. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/5783> Acesso em: 19 abr. 2020.

RUA, M. G. **Políticas Públicas.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, CAPES, 2009. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/carlospolicarpo/6-politicas-publicas-16048335> Acesso em: 28 jan. 2020.

RUSSO, I. C. P. *et al.* Encaminhamentos sobre a classificação do grau de perda auditiva em nossa realidade. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia [internet]**, 14, n. 2, p. 287-288, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-80342009000200023&script=sci_arttext&tIng=ES Acesso em: 17 jun. 2020.

SACCO, G. *et al.* Clinical evaluation of an over-the-counter hearing aid (TEO First®) in elderly Patients suffering of mild to moderate hearing loss. **BMC geriatrics (Online)**

[internet], 16, n. 136, p. 1-7, 2016. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4938978/> Acesso em: 19 abr. 2020.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 15-28.

SANECKA, A. *et al.* QTc prolongation in patients with hearing loss: Electrocardiographic and genetic study. **Cardiology journal [internet]**, 23, n. 1, p. 34-41, 2015. Disponível em:
https://journals.viamedica.pl/cardiology_journal/article/view/42327 Acesso em: 26 abr. 2020.

SANTOS, L. C. **Publicidade inclusiva: uma análise discursiva da representatividade das pessoas com deficiência sensoriais em anúncios publicitários televisivos**. 2020a. 135 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2020. Disponível em:
<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/10492/5/Disserta%20a7%20a3o%20-%20Lorrayne%20Caroline%20dos%20Santos%20-%202020.pdf> Acesso em: 11 jul. 2021.

SANTOS, R. P. Há perigo na esquina: reflexões sobre a deficiência e políticas públicas. **Jornal da USP [internet]**, São Paulo, 2020b. Disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos/ha-perigo-na-esquina-reflexoes-sobre-deficiencia-e-politicas-publicas/> Acesso em: 17 jul. 2021.

SANTOS, V. O. **O Acesso das pessoas com deficiência aos direitos fundamentais: uma reflexão à luz da Constituição Federal**. Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência, 2020c. Disponível em: <https://bit.ly/3BDM85E>. Acesso em: 24 jul. 2021.

SECCIA, V. *et al.* Focus on Audiologic Impairment in Eosinophilic Granulomatosis with Polyangiitis. **The Laryngoscope [internet]**, 126, n. 12, p. 2792-2797, 2016. Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/lary.25964> Acesso em: 26 abr. 2020.

SILMAN, S.; SILVERMAN, C. A. Basic audiologic testing. In: SILMAN, S.; SILVERMAN, C. A. **Auditory diagnosis: principles and applications**. San Diego: Singular Publishing Group, p. 44-52, 1997.

SILVA, N. N. *et al.* Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem [internet]**, 73, n. 4, p. 1-9, 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/nMTkjYhjBNwbqmQCDZNPkzM/?lang=pt> Acesso em: 03 jul. 2021.

SILVA, V. S.; BORDAS, M. A. G. Surdez, educação e trabalho. **Revista Educação Especial**

[internet]. 33, p. 1-13, 2020. Disponível em:
<https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/35960/html> Acesso em: 03 jul. 2021.

SOLI, S. D. *et al.* Evidence-based occupational hearing Screening II: validation of a screening methodology using measures of functional hearing ability. **International Journal of Audiology** [internet], 57, n. 5, p. 323-334, 2018. Disponível em:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14992027.2017.1411623> Acesso em: 19 abr. 2020.

SOUZA, M. F. N. S. *et al.* Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão interativa de literatura. **Revista CEFAC** [internet], 19, n. 3, p. 395-405, 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/Lr7dq73TcmLt3GSsxv3H75J/abstract/?lang=pt> Acesso em: 11 jul. 2021.

TANAKA, O. Y. Avaliação em saúde: novos tempos, novas construções. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. **Avaliação em saúde: contribuições para a incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

TCU - TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório de políticas e programas de governo: Plano Viver sem Limite**. Brasília: TCU, 2017. Disponível em:
<https://sites.tcu.gov.br/relatorio-de-politicas/2018/plano-viver-sem-limite.htm>. Acesso em: 29 jul. 2021.

TEIXEIRA, M. C. A. **Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil**. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2010.

THOMAZ, M. M.; MILBRATH, V. M.; GABATZ, R. I. B.; FREITAG, V. L.; VAZ, J. C. Acessibilidade do adolescente com deficiência auditiva aos serviços de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, 21:55502, p. 1-7, 2019.

THOMAZ, E. B. A. F.; COSTA, E. M.; GOIABEIRA, Y. N. L. A.; ROCHA, T. A. H.; ROCHA, N. C. S.; MARQUES, M. C. O. *et al.* Acessibilidade no parto e nascimento a pessoas com deficiência motora, visual ou auditiva: estrutura de estabelecimentos do SUS vinculados à Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 897-908, 2021.

UNGAR, O. J. *et al.* A Subjective Rating Scale for Initial Assessment of Sudden Unilateral Sensorineural Hearing Loss. **Audiology & Neuro-Otology** [internet], 22, n. 3, p. 154-159, 2017. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Abstract/479723> Acesso em: 26 abr. 2020.

VIANNA, N. G. **Ruídos e silêncios: uma análise genealógica sobre a surdez na política de saúde brasileira**. 2018a. 213 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018. Disponível em:

<http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/334621> Acesso em: 26 jul. 2021.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F. **Restos a pagar de despesas com ações e serviços públicos de saúde da União: impactos para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde e para a elaboração das contas de saúde**. Brasília: Ipea, 2016. (Texto para Discussão n. 2225).

VIEIRA, F. S. Gasto federal com políticas sociais e os determinantes sociais da saúde: para onde caminhamos? **Saúde em debate [internet]**, 44, n. 27, p. 947-961, 2020a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bwT6Y5bRzchHpZcnVxM7J3H/?lang=pt> Acesso em: 11 jul. 2021.

_____. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. **Revista de Saúde Pública [internet]**, 54, n. 127, p. 1-12, 2020b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/kycVfKkCnmzfcPXt8RcYwPS/abstract/?lang=pt> Acesso em: 17 jul. 2021.

WEIR, F. W. *et al.* Hearing Loss in Pediatric Patients with Cerebral Palsy. **Otology & Neurotology [internet]**, 39, n. 1, p. 59-64, 2018. Disponível em: https://journals.lww.com/otology-neurotology/Abstract/2018/01000/Hearing_Loss_in_Pediatric_Patients_With_Cerebral.15.aspx Acesso em: 26 abr. 2020.

WEIR, F. W. *et al.* Audiologic Outcomes in Ehlers-Danlos Syndrome. **Otology & Neurotology [internet]**, 37, n. 6, p. 1-5, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/303777230_Audiologic_Outcomes_in_Ehlers-Danlos_Syndrome Acesso em: 26 abr. 2020.

WEIR, F. W. *et al.* Audiologic and otologic phenotype in children with Duane's Retraction Syndrome: A rare ophthalmologic disorder. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology [internet]**, 89, p. 154-158, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165587616302713?via%3Dihub> Acesso em: 26 abr. 2020.

WEIR, F. W. *et al.* Otologic and Audiologic Outcomes in Pediatric Patients with Velo-Cardio-Facial (22q11 Deletion) Syndrome. **Otology & Neurotology [internet]**, 38, n. 1, p. 73-78, 2017. Disponível em: <https://insights.ovid.com/article/00129492-201701000-00010> Acesso em: 26 abr. 2020.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International classification of impairments, disabilities, and handicaps**: a manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva; 1993. Disponível em: <
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41003/9241541261_eng.pdf?sequence=1>.
Acesso em: 5 mai. 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION; THE WORLD BANK. **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: Tradução Lexicus Serviços Linguísticos, 2012. Disponível em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf;jsessionid=828874DD26D9D9B4AAC9FB4041757F57?sequence=4 Acesso em: 18 jan. 2020.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. Tradução de Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Editora Gente, 2004.

ANEXO A – CLASSIFICAÇÃO DA PERDA AUDITIVA QUANTO AO GRAU SEGUNDO LLOYD & KAPLAN (1978), O BIAP (1996) E A OMS (2014)

LLOYD & KAPLAN (1978)		
Média tritonal (500, 1.000 e 2.000 Hz)	Denominação	Habilidade para ouvir a fala
≤ 25 dB NA	Audição normal	Nenhuma dificuldade
26-40 dB NA	Leve	Dificuldade com fala fraca ou distante
41-55 dB NA	Moderado	Dificuldade com fala em nível de conversação
56-70 dB NA	Moderadamente severo	A fala deve ser forte, dificuldade para conversação em grupo
71-90 dB NA	Severo	Dificuldade com fala intensa, entende somente fala gritada ou amplificada
≥91 dB NA	Profundo	Pode não entender nem a fala amplificada, depende da leitura labial

BIAP (1996)		
Denominação	Média total	Características
Audição normal	≤ 20 dB NA	Audição normal
Deficiência auditiva leve	21-40 dB NA	Percebe a fala com voz normal, mas tem dificuldade com voz baixa ou distante, a maioria dos ruídos familiares é percebida
Deficiência auditiva moderada	Grau I: 41-55 dB NA	A fala é percebida se a voz é elevada, entende melhor quando olha a pessoa que fala, percebe alguns ruídos familiares
	Grau II: 56-70 dB NA	
Deficiência auditiva severa	Grau I: 71-80 dB NA	A fala é percebida se a voz é elevada e próxima à orelha, percebe ruídos intensos
	Grau II: 81-90 dB NA	
Deficiência auditiva muito severa	Grau I: 91-100 dB NA	Nenhuma percepção da fala, somente ruídos muito fortes são percebidos
	Grau II: 101-110 dB NA	
	Grau III: 111-119 dB NA	
Deficiência auditiva total / Cofose	>120 dB NA	Não percebe nenhum som

OMS (2014)		
Graus de perda auditiva	Média quadritonal (500, 1.000, 2.000 e 4.000 Hz) Adulto	Desempenho
Audição normal	0-25 dB	Nenhuma ou pequena dificuldade, capaz de ouvir cochichos.
Leve	26-40 dB	Capaz de ouvir e repetir palavras em volume normal a um metro de distância
Moderado	41-60 dB	Capaz de ouvir e repetir palavras em volume elevado a um metro de distância
Severo	61-80 dB	Capaz de ouvir palavras em voz gritada próximo à melhor orelha
Profundo	>81 dB	Incapaz de ouvir e entender mesmo em voz gritada na melhor orelha

ANEXO B – METAS DO EIXO ATENÇÃO À SAÚDE DO PLANO VIVER SEM LIMITE, 2011 – 2014

ATENÇÃO À SAÚDE	Identificação e intervenção precoce de deficiências	Estados com a fase IV da triagem neonatal implantada	27
		Maternidades equipadas para triagem auditiva neonatal	175
		Sistema Nacional de Informação em Triagem Neonatal implantado	1
	Diretrizes Terapêuticas	Diretrizes terapêuticas publicadas	10
	Centro Especializado em Reabilitação (CER)	Centros Especializados em Reabilitação em funcionamento	45
		Veículos acessíveis adquiridos	88
	Oficinas Ortopédicas	Oficinas ortopédicas fixas implantadas	6
		Oficinas ortopédicas itinerantes terrestres implantadas	7
		Oficinas ortopédicas itinerantes fluviais implantadas	6
		Oficinas ortopédicas qualificadas	60
		Protesistas e ortesistas qualificados	660
	Atenção Odontológica	Centros de Especialidades Odontológicas – CEO qualificados	420
		Centro cirúrgicos equipados	27
		Equipes de saúde bucal capacitadas	6.000

Fonte: BRASIL, p. 71, 2013