

CARACTERIZAÇÃO DA REDE DA SAÚDE AUDITIVA DE UMA REGIONAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA

Hearing health network characterization in a specific region of Santa Catarina state

Raquel Schillo ⁽¹⁾, Stella Maris Brum Lopes ⁽²⁾

RESUMO

Objetivo: caracterizar os serviços e os profissionais que compõem a rede da saúde auditiva no âmbito municipal e regional em relação à Atenção Básica e Especializada. **Métodos:** pesquisa qualitativa que utilizou o universo de pessoas envolvidas com a saúde auditiva. Foi aplicado questionário em gestores e/ou fonoaudiólogos a fim de identificar os sujeitos e ações desenvolvidas com os deficientes auditivos nos municípios. Os critérios de inclusão foram: atuar no Sistema Único de Saúde, aceitar participar da pesquisa, ter pelo menos três meses de experiência com atendimento e encaminhamento de usuários ao Serviço de Saúde Auditiva. Posteriormente, foram convidados a participar de uma oficina de devolutiva dos questionários e discussão dos dados. O método utilizado para o tratamento dos dados obtidos nas discussões geradas nas oficinas foi análise de conteúdo das falas, identificando-se as seguintes categorias: estrutura de Atenção a Saúde Auditiva nos municípios; atuação dos profissionais frente à saúde auditiva; organização do trabalho em rede. **Resultados:** identificou-se que 45,5% dos gestores está há menos de um ano na função, 82% dos pacientes não recebem acompanhamento na atenção básica, 81,9% dos fonoaudiólogos estão centralizados na atenção especializada. **Conclusão:** a maior parte dos fonoaudiólogos e médicos otorrinolaringologistas estão centralizados na atenção especializada. Na maioria dos municípios não há ações voltadas para o acompanhamento dos deficientes auditivos, desta forma, não existe uma rede articulada para fornecer o acompanhamento dos usuários na atenção básica. Existe um fluxo rígido e vertical. O paciente com queixas auditivas é encaminhado para o serviço de referência.

DESCRIPTORIOS: Gestão em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Audição

■ INTRODUÇÃO

Por meio da Política Nacional da Saúde Auditiva – cujas diretrizes para sua implementação foram publicadas na Portaria Ministerial nº 2.073 de 28/09/2004 – foram criados os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva, a fim de regulamentar o atendimento às pessoas com deficiência auditiva. A política de saúde auditiva surgiu considerando o alto custo dos procedimentos na reabilitação auditiva, as condições de acesso para essa população e a necessidade de executar o processo de

regulamentação, avaliação e controle da atenção à pessoa portadora de deficiência auditiva¹.

O atendimento deve ser transdisciplinar e compatível com as necessidades individuais e coletivas dos deficientes auditivos, abrangendo ações de promoção, prevenção e reabilitação. Uma das estratégias de promoção da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) foi a criação de Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. Essas redes são compostas pelas ações de Saúde Auditiva na Atenção Básica, na Média e Alta Complexidade. Em abril de 2012, o Ministério da Saúde, por meio da portaria 793, instituiu a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS, que prevê a implantação de centros especializados em reabilitação – CER. Essa portaria revogou a portaria 2017/GM/MS e 587/SAS/MS. No entanto, os Serviços de

⁽¹⁾ Universidade do Vale do Itajaí, UNIVALI, Itajaí, SC, Brasil.

⁽²⁾ Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP, São Paulo, SP, Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

Saúde Auditiva já credenciados e que não aderiram ao CER continuam sendo regidos pela portaria 587/SAS/MG.

A atenção básica é a porta de entrada do SUS. Desse modo, é necessário qualificar a atenção básica, pois ela deve garantir o acesso universal², ser coordenadora do cuidado integral, além de alcançar uma prática ampla e ter resolubilidade de 85% dos casos atendidos. Nenhuma rede de atenção à saúde se fortalece se a atenção básica não estiver resolvida.

Contudo, uma rede regionalizada e hierarquizada não pode ser estruturada e organizada seguindo um fluxo rígido e que não atenda as necessidades pelas quais as pessoas buscam o serviço. A integralidade deve ser o eixo norteador das ações, extrapolando a estrutura organizacional hierarquizada de um agir em saúde fragmentado e desarticulado³. Desta forma, essa pesquisa surgiu diante da necessidade de conhecer os profissionais que compõem a rede, bem como os serviços e ações realizadas, visando a melhoria do processo de contrarreferência do usuário, bem como o conhecimento acerca do suporte que o mesmo encontrará na atenção básica.

No presente artigo, será apresentado o perfil do gestor, os serviços e profissionais que compõem a rede de uma regional de saúde de Santa Catarina. Para tanto, o objetivo da pesquisa foi caracterizar os serviços e os profissionais que compõem a rede da saúde auditiva no âmbito municipal e regional em relação à Atenção Básica e Especializada.

■ MÉTODOS

O presente estudo baseia-se em uma pesquisa qualitativa que utilizou o universo de pessoas envolvidas com a gestão da saúde auditiva, sendo realizada coleta e a análise dos dados de um total de 11 municípios que compõem a Regional de Saúde de Santa Catarina estudada, que pertence a um Serviço de Atenção à Saúde Auditiva – SASA. As dimensões éticas seguiram a Resolução 196/96/CNS, sendo esta pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí-SC, sob o parecer número 466. Foi apresentado um termo de consentimento livre e esclarecido aos sujeitos, explicando os objetivos da mesma. Os sujeitos assinaram dois termos de consentimento diferentes: um foi apresentado no momento da coleta de dados para o questionário e o outro na oficina, onde foi solicitada a autorização para gravação da mesma.

O processo da pesquisa previu a aplicação de um questionário eletrônico a profissionais e/ou responsáveis pelos encaminhamentos dos usuários

da atenção básica que recebem atendimento em saúde auditiva no serviço de referência. Ele teve a finalidade de identificar os autores envolvidos na organização da rede de saúde auditiva nesta regional que referencia usuários para o Serviço de Saúde Auditiva – SASA, além de mapear e analisar a estrutura da rede. No entanto, como não houve resposta para os questionários enviados, foi realizado contato telefônico com os municípios, identificados os responsáveis pela saúde auditiva e, então, aplicado pessoalmente e individualmente o instrumento. Deste modo houve a participação e resposta de todos os municípios. Participaram da pesquisa, representantes da Gestão do Serviço de Saúde Auditiva – SASA e fonoaudiólogos.

Os critérios de inclusão foram: atuar no SUS, aceitar participar da pesquisa, ter pelo menos três meses de experiência com o atendimento e o encaminhamento de usuários ao SASA.

A primeira etapa da pesquisa contou com a aplicação do questionário que continha perguntas de múltipla escolha e perguntas abertas. As questões estavam relacionadas ao número de fonoaudiólogos e otorrinolaringologistas nos municípios; aos programas que envolvem a questão da audição nas diferentes populações; a organização da rede da saúde auditiva; a referência e contra referência na saúde auditiva e ao acompanhamento dos usuários na atenção básica.

É importante esclarecer que os sujeitos que fizeram parte da pesquisa foram os que naquele momento estavam responsáveis pela saúde auditiva no município ou os que se sentiram mais preparados para responder ao questionário e, posteriormente, participar da oficina. Ressalta-se, também, que não foram apenas as pessoas que responderam ao questionário que participaram da oficina.

A segunda etapa foi composta pela realização de uma oficina, onde foram apresentados, discutidos os achados e melhorias no que se refere à organização da rede da Saúde Auditiva naquela regional. Sete municípios compareceram, representados por gestores e/ou fonoaudiólogos.

A oficina foi organizada da seguinte forma: inicialmente foram apresentados os motivos que levaram a realização do estudo. Posteriormente, foi apresentada a análise dos questionários, de modo descritivo, não sendo os resultados confrontados com a literatura. Na sequência, houve um tempo para reflexão, discussão dos achados, qualificando as informações obtidas nos questionários.

A oficina foi gravada, transcrita e categorizada a partir da proposta da análise de conteúdo das falas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Os resultados

foram discutidos e embasados no referencial teórico da Política Nacional de Saúde Auditiva e de documentos sobre Redes de Atenção a Saúde.

A seguir serão apresentados os Resultados e Discussões, organizados da seguinte forma: resultados dos questionários e exibição das falas e discussões geradas durante a apresentação dos dados da oficina.

Os profissionais entrevistados, fonoaudiólogos e gestores, foram identificados em seus depoimentos por meio de letras iniciais da sua profissão e por números (F1, G1, F2, G2...). Os municípios foram identificados por M e por números (M1, M2, M3, M4, M5...). A pesquisadora foi identificada por (P). Por solicitação da pesquisadora houve a participação de outras duas fonoaudiólogas, uma envolvida com a atenção básica e a outra ligada à gestão do Serviço de Saúde Auditiva – SASA, a fim de que pudessem auxiliar na discussão e problematização dos achados. Estas foram identificadas por C1 e C2.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estrutura de Atenção à Saúde Auditiva nos Municípios

A primeira questão buscou saber a quanto tempo o sujeito ocupava o cargo de gestor da saúde auditiva. Verificou-se que 45,5% deles ocupava o cargo há menos de um ano; 9% estavam no cargo entre um a três anos; 9% entre três a cinco anos; e 36,5% estavam no cargo há cinco anos ou mais.

Pode-se observar, desta forma, que grande parte dos sujeitos ocupa o cargo de gestor há

menos de um ano, o que pode ser um dos motivos dos problemas na rede da saúde auditiva, uma vez que a rotatividade de pessoas nessa função compromete o andamento do serviço. Acredita-se que o novo gestor encontra dificuldades para se adequar, conhecer a rede e até mesmo propor melhorias.

Um estudo recente considerou que os atuais gestores possuem uma visão simplista do modo de operar os serviços de saúde, além de existir um despreparo desses profissionais para assumirem o cargo o que influencia diretamente o modo de operacionalização da rede, o gestor despreparado é um dos nós críticos do serviço público⁴.

Outra questão refere-se à existência ou não dos programas que devem contemplar ações referentes à saúde auditiva nos municípios, dentre eles, cita-se: triagem auditiva neonatal, saúde do escolar, saúde do trabalhador, saúde do idoso, entre outros. Esses programas fazem parte da atenção básica e foram propostos pelo Ministério da Saúde a fim de prevenir problemas auditivos ainda na atenção básica. Essa preocupação se deve ao fato de que, a população atendida por eles pode desenvolver alguma deficiência auditiva e esses programas, por sua vez, devem propor estratégias para avaliar e prevenir tais problemas, ainda na atenção básica.

Como aponta a tabela 1 os programas de maior abrangência na atenção básica são a triagem auditiva neonatal e saúde do idoso. Já o programa saúde do escolar, saúde do trabalhador e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST aparecem em menor porcentagem.

Tabela 1 – Programas voltados para saúde auditiva na atenção básica

	Triagem Auditiva		Programa Saúde do Escolar		Programa Saúde do Trabalhador		Programa Saúde do Idoso		CEREST	
	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%
Município possui	7	63,5	4	36,5	4	36,5	7	63,5	4	36,5
Município não possui	3	27,5	4	36,5	4	36,5	3	27,5	6	54,5
Não soube informar	1	9	3	27	3	27	1	9	1	9

* CEREST = Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador

Em relação à triagem auditiva observa-se que somente 63,5% dos municípios realizam o exame, apesar da existência da Lei Federal 12.303/10 que obriga todas as maternidades e hospitais a realizarem o exame do recém-nascido antes da alta hospitalar⁵. Todavia, apesar dos municípios

afirmarem que realizam o exame, este não é realizado nos municípios de origem dos recém-nascidos, uma vez que não possuem o equipamento. Nesse caso, existe uma parceria com os municípios maiores, que possuem o equipamento, para a realização do exame. Somente 18,5%

realizam o exame no hospital do próprio município. Outros 9% encaminham para o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva – SASA e 9% não souberam responder ao questionamento. Acredita-se que esse resultado pode estar relacionado ao fato de que somente 18,5% dos municípios possuem maternidade.

Quanto ao programa Saúde do Escolar, observa-se que 36,5% dos municípios afirmam ter implantado o programa, mas apenas 27% desse total realizam ações voltadas para saúde auditiva, dentre elas a triagem auditiva nos escolares. Enquanto que 36,5% não possuem o programa e 27% dos sujeitos não souberam responder.

Quando questionados sobre a implantação do programa Saúde do Trabalhador somente 36,5% dos municípios afirmam ter o programa, mas nenhum possui fonoaudiólogo atuando. Deste total, somente 18,5% realizam as audiometrias nessa população, na atenção especializada; 9% realizam as audiometrias em clínica credenciada ao SUS e 9% não realizam audiometria ocupacional dos trabalhadores.

Outro ponto que merece discussão é quanto à forma que esses profissionais estão alocados nos municípios, conforme mostra a tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais nos municípios

Municípios	Possuem		Não Possuem		NASF		Atenção Especializada		Hospitais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fonoaudiólogos	11	100	0	0	3	27,3	9	81,9	1	9
Médicos otorrinolaringologistas	4	36,5	7	63,5	0	0	4	100	0	0

* NASF = Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Verifica-se que 100% dos municípios possuem fonoaudiólogo. O maior número de profissionais em um município foi sete, tendo esse município um índice populacional acima de 184 mil habitantes. Outros cinco municípios, com população entre 10 a 63 mil, possuem apenas um fonoaudiólogo atuando na saúde. Deste total, 81,9% dos fonoaudiólogos e 100% dos médicos estão concentrados na atenção especializada. Alguns fonoaudiólogos desses municípios, além de atuarem na atenção especializada, realizam trabalho concomitante em dois ou mais locais, estando presentes no Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF (27,3%) e no hospital (9%). Dessa forma, sendo a atuação desses profissionais, em sua maior parte, na especialidade, o acesso da população a esses profissionais e serviços fica mais restrito.

A desigualdade no acesso aos serviços de saúde é um dos principais problemas a serem enfrentados para a efetividade do SUS⁶. É possível garantir acesso universal e equitativo por meio do comprometimento dos formuladores de políticas e a pactuação entre as instâncias de poder. É necessário considerar a dimensão econômico-social, analisando os investimentos na rede pública nos diferentes níveis de atenção, fortalecendo a atenção básica, organizando o fluxo dos atendimentos, a partir das demandas epidemiológica, sanitária e social. Além disso, é preciso facilitar o

acesso dentro dos limites geográficos de cada território social, integrando serviços e práticas por meio da referência e contra referência na rede SUS⁶. Essas dimensões são a base para a eficiência e eficácia na resolução das necessidades de saúde da população, tendo como imagem objetivo uma atenção responsável, integral, resolutiva, equânime e de qualidade⁶.

Um dos desafios, além do acesso, parece ser a integração dos serviços no próprio município⁷. A integralidade pode designar várias dimensões e sentidos, ora como eixo integrador de serviços, ora como visão holística do sujeito, do cuidado ou como ações de atendimento integral de demandas e necessidades, entre outros.

Atuação dos profissionais frente à saúde auditiva

Outro aspecto levantado pelo questionário refere-se à retirada de cerúmen dos pacientes, uma vez que com o uso do aparelho auditivo a tendência é o aumento na produção do mesmo. Constatou que em 63,5% dos municípios é o clínico geral quem realiza tal procedimento; em 18,25% é o otorrinolaringologista; em 18,25% o clínico geral não faz e encaminha para outro município que tenha otorrinolaringologista. Como se observa nas falas a seguir, essa questão traz várias discussões:

G3: *“Isso eu posso dizer, em nosso município os clínicos não fazem mais! eles dizem que não podem mais fazer”.*

F5: *“Lá na M5, o nosso otorrino, a gente tem 3 vagas para otorrino aqui de M6, os clínicos gerais se recusavam, mas agora o clínico geral do centro tá fazendo, porque a gente tem poucas vagas para otorrino, e se a gente ficar encaminhando só para fazer remoção de cera acabou as vagas. Aí tem um médico que faz isso”.*

G3: *“Essa é uma problemática de todos os municípios”!*

Porém, a questão da retirada do cerúmen vem sendo um fator preocupante, uma vez que nem todos os médicos estão realizando o procedimento ou se sentem aptos para fazê-lo.

O problema da retirada do cerúmen remete aos sujeitos refletirem a respeito da carência de médicos otorrinolaringologistas nos municípios e, por sua vez, a fila de espera para consulta com esse profissional, como se pode observar nas falas abaixo:

P: *“Aí temos que pensar quanto tempo eles levam na fila para retirar a cera e como está essa fila nesse outro município que o médico faz a retirada”!*

G3: *“Meu Deus! Tá muito demorado, nós temos muito na fila de espera para otorrino, separado da saúde auditiva que é quando a fono ou médico solicita audiometria separado, entendesse? A fila para otorrino é uma! e para saúde auditiva é outra!”*

A falta de médicos e otorrinolaringologistas é uma questão recorrente nos serviços de saúde. Ao pesquisar sobre a resolutividade dos serviços de saúde na região sudoeste de São Paulo⁸, os autores destacaram que a maior proporção de problemas não resolvidos na atenção básica são as referentes ao sistema nervoso e aos órgãos dos sentidos nos quais se encontram as afecções do ouvido. Ainda com relação a resolutividade dos serviços de saúde⁸ os autores afirmam que a mesma pode ser avaliada por dois aspectos: **dentro do próprio serviço** – refere-se à capacidade de atender a demanda e de encaminhar somente os casos que necessitam de especialistas e **dentro do sistema de saúde** – que se estende desde a primeira consulta na atenção básica até a solução de seu problema em outros níveis de atenção. Segundo os autores, a resolutividade envolve aspectos como a demanda, a satisfação do cliente, as tecnologias dos serviços, um sistema de referência preestabelecido, a

acessibilidade, a formação dos recursos humanos, as necessidades de saúde da população, a adesão ao tratamento, os aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros.

Além da dificuldade ao acesso para consulta com médico otorrinolaringologista, os representantes dos municípios identificaram as discrepâncias regionais, caracterizadas pela diferença no acesso a serviços médicos, como se pode observar nas falas abaixo:

G2: *“Nós tamo aqui tentando resolver o aparelho auditivo e os coitados não tem nem otorrino”!* *“Olha só! A gente vê aqui a diferença dentro da própria região, a gente veio aqui, assim, porque a gente tem o maior problema da saúde auditiva que é o aparelho, mas a gente vê aqui que tem município que não consegue nem otorrino”!*

G4: *“Provavelmente o município que tem otorrino e tem o exame vão ter uma fila de espera bem maior do que aqueles que não conseguem nem tirar a cera”!*

A fala de G2 merece atenção, uma vez que a portaria da saúde auditiva prevê que a atenção básica deve realizar o acompanhamento desses usuários e, entende-se por sua vez, que a retirada da cera também deve ser realizada pelos municípios.

Na região leste de São Paulo, os autores⁹ encontraram a mesma dificuldade de acesso apontada pelos sujeitos da presente pesquisa. Eles afirmam que muitos usuários necessitavam deslocar-se para outras regiões da cidade para serem atendidos na especialidade de otorrinolaringologia. Caso o paciente necessitasse do serviço de saúde auditiva, seria necessária a entrada em longa fila de espera.

Outros fatores que influenciam no acesso ao serviço de saúde são: o bom atendimento médico e o atendimento geral, a facilidade em marcar consultas e a proximidade com a moradia, aspectos como a indicação de amigos, vizinhos ou familiares, vínculo com o profissional e não ter gasto com passagens também foram apontados pelos usuários¹⁰.

Ainda com relação a atuação dos profissionais frente a saúde auditiva, constatou-se que somente 54,5% dos municípios possuem o NASF implantado ou em fase de implantação, enquanto que os outros 45,5% dos municípios não o possuem. É importante acrescentar que não foi questionado aos sujeitos o motivo da não implantação do NASF. Todavia, pelas falas também é possível observar que quando o NASF existe nos municípios ele não está dando o suporte que deveria como se observa na fala a seguir:

G3: *“Não existe a contra referência então, por exemplo, eu referencio para o SASA, vocês me devolvem e eu não deveria te devolver uma resposta desse paciente? E isso não existe, isso não acontece”!*

Segundo a Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF tem como objetivo ampliar a abrangência e a finalização das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços. Deve atuar em parceria com os profissionais das Equipes da Estratégia da Saúde da Família – ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade destas, trabalhando diretamente no apoio às ESF, ampliando as ações para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS¹¹.

Outra questão pesquisada foi quanto à existência ou não da Estratégia Saúde da Família – ESF nos municípios. A Estratégia Saúde da Família pode ser um caminho para consolidação do SUS, desde que haja investimentos necessários para a instrumentação das equipes, para atuar frente à nova lógica de organização do sistema de saúde¹².

Observou-se que 100% dos municípios possuem ESF, mas não foi questionado acerca da sua cobertura. Dessa forma, durante a apresentação dos resultados dos questionários aos gestores, foi levantada, por um dos sujeitos, a importância de se investigar a cobertura da ESF nos municípios, como na fala que segue:

G2: *“Talvez fosse interessante considerar no seu trabalho, as cidades com cobertura da saúde da família ou não, porque daí muda um pouco, porque por exemplo, lá na nossa cidade a cobertura é de 70%”.*

F1: *“Mas, por exemplo, M1, nossa cobertura é baixa por causa que nosso maior bairro é o centro, então não tem ESF no centro e por isso não conseguimos ter NASF porque não tem como fazer estratégia naquele monte de prédios”.*

P: *“Realmente, essa questão da cobertura da ESF eu não abordei no questionário!”*

A importância de saber a cobertura relaciona-se também com a existência do NASF, já que há necessidade de uma cobertura maior que 50% para implantação do mesmo, justificando assim a existência de apenas 54,5% NASF.

Organização do trabalho em rede

O Ministério da Saúde traz como proposta o trabalho em redes, como forma de atuação descentralizada, de maneira a articular processos de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais e a população atendida. A Humanização como pano de fundo das ações e as equipes devem estar preparadas para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas do cotidiano profissional. As organizações de saúde devem ser espaços de produção de bens e serviços para os usuários, assim como espaços de valorização do potencial dos diversos atores desses serviços: gestores, trabalhadores e usuários¹³.

Em relação ao acesso a saúde auditiva constatou-se que em 90% dos municípios existe fila de espera. Em relação à prioridade na organização dos encaminhamentos para a saúde auditiva verificou-se que 46% dos municípios obedecem à deliberação do plano operativo estadual, priorizando as crianças, trabalhador ativo até 59 anos em segundo lugar e idosos. Em 9% dos municípios afirmam priorizar sempre as crianças e 9% priorizam sempre os casos indicados pelo médico como urgentes.

Com o crescente envelhecimento da população brasileira, fica evidente a necessidade de maior preparo e planejamento dos serviços de saúde para atender os idosos. Esses usuários necessitam de maior integralidade e agilidade no sistema de saúde, porque possuem dificuldades no uso, no acesso e no deslocamento aos serviços de saúde, tendo em vista a inadequação do modelo de atenção que estão vivenciando, verifica-se a necessidade de políticas públicas que levem em conta as especificidades dessa população, além de facilitar o acesso e reduzir essas desigualdades¹⁴⁻¹⁶.

A regulação do acesso na saúde auditiva está vinculada à organização e controle dos fluxos, a priorização do acesso aos serviços, com base em protocolos ou classificação de risco. Entre as ações inerentes a esta regulação, destacam-se a construção e viabilização da referência e contra referência, controle dos limites físicos e financeiros dos serviços⁹.

Em relação ao acompanhamento na atenção básica dos pacientes que recebem o diagnóstico de deficiência auditiva no serviço de referência constatou-se que 82% não recebem acompanhamento na atenção básica; 9% afirmam que o médico otorrinolaringologista faz o acompanhamento dos pacientes na atenção especializada; e 9% afirmam que somente as crianças recebem o acompanhamento na atenção básica.

O que se observa durante a discussão dos dados é que a rede da saúde auditiva não está organizada

e/ou articulada para fornecer esse acompanhamento, conforme demonstrado pelo diálogo abaixo:

F7: *“Então deixa eu entender! Vocês fazem esse, vocês colocam a prótese e fazem um encaminhamento pra mim?”.*

G5: *“Uma contra referência?”.*

F7: *“Isso uma contra referência, vocês fazem isso pra mim? É isso que a gente tava falando! Vocês fazem isso pra mim? Vocês mandam aquele idoso, olha vai lá naquela fono de M7! Vocês fazem isso pra mim?”*

P: *“Sim! Aqueles municípios que a gente tem, como eu posso dizer, esse maior contato, esse suporte, as fonos já tem dia, hora e local para atender essa demanda de usuários de AASI, então a gente já faz esse encaminhamento”.*

F7: *“Ah! Oh! Isso que é legal!”*

G2: *“Heim! (nomeia a pesquisadora) existe alguma forma do município tá solicitando que a fono receba algum treinamento, ou alguma coisa assim, os aparelhos que tá sendo usado, o que pode mexer o que não pode”.*

P: *“Sim, com certeza, essa é a ideia, alguns municípios já solicitaram, vieram com os pacientes e aos pouquinhos alguns já foram capacitados, né? Mas a ideia é que aconteça com todos”.*

Pelos discursos acima é possível verificar que os profissionais da atenção básica têm interesse em realizar o acompanhamento dos deficientes auditivos e, por sua vez, solicitam ao Serviço de Saúde Auditiva – SASA uma contra referência para que o usuário retorne para o acompanhamento no município. O monitoramento do paciente com deficiência auditiva deve ser realizado o mais próximo possível de sua residência pelo fonoaudiólogo da atenção básica. Além disso, para se garantir a efetividade do uso dos aparelhos, o acompanhamento é o método mais eficaz, o que tem sido um grande desafio para gestores e executores¹⁷. As equipes da atenção básica, bem como do NASF, podem recorrer ao apoio técnico das equipes dos serviços de atenção à saúde auditiva na média complexidade¹, solicitando o apoio técnico para a capacitação dos profissionais da atenção básica, no que diz respeito ao manuseio, dúvidas quanto ao aparelho auditivo, entre outras.

O acompanhamento dos usuários de aparelho auditivo deve ser realizado na atenção básica, conforme a portaria GM/MS nº 2.073/2004, nº 587/2004 e nº 589/2004¹⁸. Contudo, o presente estudo demonstrou que somente 18% dos pacientes recebem o acompanhamento na atenção básica;

27,5% dos municípios fazem o acompanhamento somente das crianças, na atenção básica; 36,5% não recebem o acompanhamento da atenção básica; 9% não souberam informar e 9% afirmaram que não realizam, mas caso a família procure, o município fornece o acompanhamento.

Outro motivo levantado pelos sujeitos, pela falta do acompanhamento dos usuários na atenção básica, parece estar relacionado a baixa adesão do mesmo, como pode se observar nas falas abaixo:

C1: *“Aí é que vem aquela importância do acompanhamento, essa etapa de ter o acompanhamento, que elas falaram né?”*

G3: *“de tá monitorando, né?”.*

C1: *“Então, ele fez o diagnóstico e aí já faz o contato pra.... mas o que vocês tão falando é que a adesão é baixa, né? então eles não tão procurando? Ou talvez eles tem a ideia de que a prótese vai resolver tudo, né? eles não voltam, eles não vão pra fono, é isso?”*

C2: *“tem pouca adesão?”.*

F5: *“aham! Voltam poucos, a gente encaminha 10, 4 ou 5 retornam, o restante, a gente.....”*

C2: *“É, mas eu acho isso bom de 10, 4 ou 5 é muito bom, porque a nossa experiência com outros municípios, com outras regionais é muito boa, sabe! Por exemplo temos um município que acompanha 250 pacientes.*

F5: *“Nossa!”*

C2: *“É que assim, elas têm cadastro, elas fizeram um sistema de grupos, né? não é que eles tão lá os 250 toda semana, né? mas esses 250 passaram por grupos de acompanhamento, elas se tornam referência para esses pacientes. Então quando eles vêm para o acompanhamento mensal aqui no serviço, que é uma reunião mensal, primeiro em grupo depois individual. Nesse retorno mensal, tem uma fono, uma psicóloga e uma assistente social, elas já dizem, Oh! Pessoal quem é de município tal procurem as fonos lá no posto central, que é a unidade deles, a referência deles. A adesão é muito boa, então assim, a adesão ela demora um pouco, às vezes leva um tempo até criar o vínculo, mas ela vem!”.*

C2 (continua): *“uma pesquisa que tá sendo feita aqui, o que acontece é que eles acham que o aparelho não tem nada a ver com a unidade de saúde, entendeu? Isso é no SASA, então eles nem falam na unidade de saúde que usam o aparelho, a unidade é uma coisa o aparelho é outra, a UBS é pra uma coisa e*

o SASA é pra outra, entendeu? Talvez isso possa justificar”.

Os relatos acima demonstram que os usuários fazem o vínculo com o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva – SASA e acabam não procurando a atenção básica para a busca de soluções, ou até mesmo para os acompanhamentos necessários. Para garantia e efetividade do acompanhamento na saúde auditiva⁴, alguns fatores podem ser facilitados se no município de origem do usuário houver um profissional fonoaudiólogo de referência responsável pelo acolhimento, terapias e orientações. Acredita-se que para o usuário o acesso a esse profissional da atenção básica é muito mais fácil do que o acesso ao SASA, possibilitando assim, a resolução de pequenos problemas ou encaminhamento para o serviço de referência quando necessário, além de sua satisfação.

Com o processo de construção do SUS, os municípios têm assumido a responsabilidade pela atenção à saúde de seus munícipes. O acesso como a possibilidade da continuidade do cuidado de acordo com as necessidades, tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços. Mas para isso, torna-se importante a qualificação do

acesso, incluindo aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição e a importância de análises de vários aspectos. Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implantação de práticas, com vistas na integralidade¹⁹.

■ CONCLUSÃO

Com a caracterização rede da saúde auditiva de uma regional de saúde de Santa Catarina foi possível verificar que a maior parte dos fonoaudiólogos e médicos otorrinolaringologistas está centralizada na atenção especializada, dificultando o acesso da população a esses profissionais. Em relação ao acompanhamento dos usuários que recebem o diagnóstico de deficiência auditiva, bem como aqueles que receberam a prótese auditiva no serviço de referência, constatou-se que 82% não recebem acompanhamento na atenção básica, não estando a rede da saúde auditiva organizada e/ou articulada para promover tal ação. Existe um fluxo rígido e vertical. O paciente com queixas auditivas é encaminhado para o serviço de referência.

Todavia, acredita-se que a pesquisa contribuiu para maior aproximação e organização do serviço de referência com a atenção básica.

ABSTRACT

Purpose: professionals and services characterize who compose the municipal and regional network for hearing health levels related to the Basic and Specialized Attention. **Methods:** qualitative research, which has used the universe related to hearing health people involvement. Questionnaires were applied to managers and speech therapists; identify the subjects focus and actions developed with the indicated cities hearing impaired. The inclusion criteria were: act in the Health System, accept the research participation, have at least three months of experience with attendance, plus users Hearing Health Service guiding. Later, they had been invited, to participate in a workshop for returnable data's questionnaires feedback and quarrels. The used method treatment data came from the workshop's quarrels and the speech analysis content, identifying from the following categories: The cities structure for the Hearing Health Attention; the professional performance front for Hearing Health Attention; and networking organization. **Results:** it was identified that 45% managers have less than a year in the field, 82% patients in the basic attention were identified not having receive any accompaniment and 81.9% speech therapists are centered in the specialized care. **Conclusion:** most of the speech therapist and otolaryngologists doctors are centered in the specialized care. The majority of cities don't have actions directed to the hearing deficient accompaniment which that means; it doesn't have an articulated support to supply the users for a basic care accompaniment. There is a rigid and vertical flow. The patient with hearing complaints is led to the service reference.

KEYWORDS: Management in Health; Primary Health Attention, Hearing

■ REFERÊNCIAS

1. Lopes SMB, Pagnossim DF. Políticas Públicas em Saúde Auditiva. In: Balen SA, Pagnossim DF, Fialho IM, Zimmermann KJ, Roggia SM. Saúde auditiva: da teoria à prática. São Paulo: Santos; 2010. p.1-11.
2. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE et al.
3. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. [periódico na internet]. nov. 2012. [acesso 01 jun.2014]; 28(11): 2076-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100007>.
4. Machado MFASM, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NF, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. Ciência & Saúde Coletiva. [periódico na internet] 2007 [acesso 20 jun. 2014]; 12(2): 335-42. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf.
5. Andrade LMB, Quandt FL, Campos DA, Delzivo CR, Coelho EBS, Moretti-Pires RO. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. Saúde e Transformação Social. [periódico na internet]. 2012. [acesso em 05 maio 2014]; 3 (1): 18-31. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/sts/v3n1/v3n1a05.pdf>.
6. Brasil. Lei 12.303/2010, de 02/08/2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. [acesso em 05 abr. 2015] Brasília DF; 2010. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/7190457/pg-1-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-03-08-2010>
7. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência & Saúde coletiva [periódico na internet]. 2012. [acesso em 18 maio 2014]; 17 (11): 2865-75. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.
8. Silva RVGO, Ramos FRS. Integralidade em Saúde: Revisão de literatura. Ciência, Cuidado e Saúde. [periódico na internet]. 2010 Jul/Set. [acesso em 13 maio 2014]; 9(3):593-601. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/artice/viewFile/8726/6640>.
9. Turrini RNT, Lebrão ML, Chester LGC. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Caderno de Saúde Pública. [periódico na internet]. 2008. [acesso em 20 jun. 2014]; 24(3):663-74. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300020>.
10. Manzoni CRCT, Almeida SMVT. Organização da Rede de Atenção a Saúde Auditiva. In: Bevilacqua MC, Martinez MAN, Balen AS, Pupo AC, Reis ACM, Frota S. Saúde Auditiva no Brasil: Políticas, Serviços e Sistemas. São José dos Campos: Pulso Editorial; 2010. p. 65-95.
11. Dall'Agnol CM, Lima MADS, Ramos DD. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. Rev. Elet. Enferm. [periódico na internet]. 2009. . [acesso em 01 mar. 2015]; 11(3):674-80. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a27.htm>.
12. Brasil. Portaria de nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. [acesso em 27 abr. 2014] Brasília DF; 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html.
13. Marin MJS, Marques APM, Marques F, Feres BOMF, Saraiva AKHS, Druzian S. A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 01 mar. 2015]; 11(2):245-58. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000200009&lng=pt&nrm=iso.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Trabalho e redes de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. [acesso 02 jun. 2014]. Brasília, DF; 2009. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalho_redes_saude.pdf.
15. Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. Rev Esc Enferm. [periódico na Internet] 2010 [acesso em 01 mar. 2015]; 44(2):437-44. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/40559/43688>
16. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES de. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. Rev. Saúde Pública. [periódico na Internet] 2008 [acesso em 01 mar.2015];42(4)733-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000400021>.
17. Oliveira WN, Teichmann LP, Silva DDF da, Sirena SA, Schneider MI. O olhar da população idosa sobre o acesso a uma unidade básica de saúde em Porto Alegre – RS. Rev. Fac. Odontol. [periódico na Internet] 2010 [acesso em 01 mar.2015];51(3)17-22. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/24347>

18. Dayrell MC, Januário GC. O Papel do Gestor nos Serviços de Saúde Auditiva e o desafio do acompanhamento em Saúde Auditiva. In: Bevilacqua MC, Martinez MAN, Balen AS, Pupo AC, Reis ACM, Frotas S. Saúde Auditiva no Brasil: Políticas, Serviços e Sistemas. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2010. p.157-77.

19. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2.073 de 28 de setembro de 2004. [acesso em 18

abr.2015]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas>.

20. Souza ECF de, Vilar RLA de, Rocha N de SPD, Uchoa A da C, Rocha P de M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública [periódico da Internet]. 2008 [acesso em 01 mar. 2015];24(1):100-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201517421214>

Recebido em: 19/12/2014

Aceito em: 13/04/2015

Endereço para correspondência:

Raquel Schillo

Rua: Uruguai, 458 – sala 301 – Bloco F5 – Centro

Itajaí – SC – Brasil

CEP: 88302-202

E-mail: raquel.schillo@univali.br