



CFFa

Conselho Federal de Fonoaudiologia



Academia  
Brasileira de  
Audiologia

**Guia de Orientação  
para Fonoaudiólogos**  
sobre implantação e desenvolvimento da  
saúde auditiva na atenção primária

Março 2011





# GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE AUDITIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Edição Preliminar

**CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA  
ACADEMIA BRASILEIRA DE AUDIOLOGIA  
2011**

## **10º Colegiado do CFFa**

### **Gestão abril/2010 a abril/2013**

Ana Augusta de Andrade Cordeiro  
Ana Maria da Costa dos Santos Reis  
Ana Paula Ramos de Souza  
Bianca Arruda Manchester de Queiroga  
Carla Monteiro Girodo  
Carla Ciceri Cesa  
Charleston Teixeira Palmeira  
Claudia Maria de Souza Basbaum  
Cláudia Simone Godoy Cotes  
Christiane Camargo Tanigute  
Domingos Sávio Ferreira de Oliveira  
Ione Lacerda Leme Mendes Sanches  
Jaime Luiz Zorzi  
Mara Virgínia Henriques de Carvalho  
Maria Cecília de Moura  
Maria Cristina Pedro Biz  
Neyla Arroyo Lara Mourão  
Nise Mary Carneiro Cardoso  
Tânia Terezinha Tozi Coelho

## **ABA - MEMBROS DA DIRETORIA**

### **Gestão 2009-2011**

Maria Cecília Bevilacqua – Presidente  
Maria Angelina Nardi de Souza Martinez - Vice Presidente  
Sheila Andreoli Balen - 1ª Secretária  
Altair Cadrobbi Pupo - 1ª Tesoureira  
Silvana Maria Monte Coelho Frota - 2ª Tesoureira  
Ana Claudia Mirândola Barbosa Reis - 2ª Secretária

## ELABORAÇÃO:

Grupo de trabalho instituído pela Comissão de Saúde do CFFa e  
Academia Brasileira de Audiologia

Altair Cadrobbi Pupo - Professora Associada e Doutora em Distúrbio da  
Comunicação.

Beatriz de Castro Andrade Mendes - Professora Assistente e Doutora em  
Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem.

Claudia Regina Charles Taccolini Manzoni - Fonoaudióloga- Especialista em  
Audiologia e Saúde Pública.

Doris R. Lewis - Professora Titular e Doutora em Saúde Pública.

Maria Aparecida Miranda de Paula Machado - Professora Doutora em Saúde  
Pública.

Maria Angelina Nardi de Souza Martinez - Professora Associada e Doutora em  
Psicologia Social.

Maria Cecília Bevilacqua - Professora Titular e Doutora em Psicologia da Educação.

Maria Cecília Bonini Trenche - Professora Titular e Doutora em História e Filosofia  
da Educação.

Maria Cristina Pedro Biz - Mestre em Ensino e Ciências da Saúde.

Marina Morettin - Doutoranda em Saúde Pública e Especialista em Audiologia  
Clínica e Educacional.

Sandra M.V.Tristão de Almeida - Fonoaudióloga, Especialista em Saúde Coletiva e  
Especialista em Linguagem.

Tânia Terezinha Tozi Coelho - Professora Mestre em Distúrbios da Comunicação e  
Especialista em Motricidade Orofacial.

# Sumário

Apresentação.....	04
1. Política nacional de atenção à saúde auditiva .....	06
2. Ações de atenção à saúde auditiva na atenção básica .....	11
2.1. Núcleos de apoio à saúde da família (nasf) .....	14
2.2. Saúde auditiva incorporada à estratégia de saúde da família .....	22
3. Critérios de encaminhamentos para referência e contra-referência....	26
4. Avaliação das ações de saúde auditiva na atenção básica .....	28
5. Considerações finais .....	30
6. Legislação.....	31
7. Sites relacionados .....	39
8. Glossário.....	40
9. Bibliografia indicada.....	44



# Apresentação

Com vistas a minimizar o dano da deficiência auditiva na população é preciso estruturar uma rede de serviços **regionalizada e hierarquizada** que estabeleça uma linha de cuidados integrais e integrados no manejo das principais causas da deficiência auditiva.

Em todos os ciclos de vida a possibilidade de êxito da intervenção na história natural da deficiência auditiva ou surdez é um fato. Apesar dos índices preocupantes, a solução está cada vez menos complexa e mais acessível, através de exames preditivos ou ainda da avançada tecnologia dos aparelhos de amplificação sonora individual (AASI).

No Brasil, a criação e implantação da Portaria da Saúde Auditiva em 2004 proporcionaram um passo decisivo na organização de uma linha de cuidados às pessoas com deficiência de audição ou surdez. A definição de critérios técnicos mínimos para o funcionamento e a avaliação dos serviços que realizam reabilitação auditiva, bem como de mecanismos de sua monitoração têm possibilitado potencializar a adaptação de aparelhos de amplificação sonora individual e reabilitação.

A cobertura ampliada no atendimento aos pacientes com deficiência auditiva no Brasil, que antes era feita basicamente na perspectiva da filantropia, vem garantindo a universalidade do acesso, equidade, integralidade e o controle social sobre as políticas de saúde auditiva.

Para consolidar, no entanto, a organização dessa linha de cuidados integrais, um passo inadiável é avançar nas ações realizadas no âmbito da promoção de saúde e prevenção dos agravos. Por meio de práticas de promoção e de prevenção em todos os níveis de atenção à saúde é possível evitar danos que podem comprometer a qualidade de vida da população.

Nesse sentido, o fortalecimento da rede de saúde auditiva em sua articulação com a estratégia da Saúde da Família e com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) é essencial.



Os Fonoaudiólogos e os gestores da rede de saúde têm papel importante nas ações clínicas individuais, voltadas à reabilitação de pessoas com deficiência auditiva e surdez, articuladas aos outros cuidados e ações coletivas que envolvem equipes multiprofissionais e trabalho interdisciplinar.

Apresentamos, neste guia, sugestões para os cuidados com a saúde auditiva no âmbito da atenção primária e de sua articulação com os demais níveis de atenção. Essa proposta se baseia na noção de **clínica ampliada** como um espaço de compartilhamento de relações e de intervenções, no sentido de não fragmentar o olhar. Por essa via, oportuniza utilizar o potencial que o saber a respeito da saúde auditiva pode proporcionar no trabalho com a população e orientar a elaboração e execução de projetos terapêuticos sempre que demandas de audição forem um fator importante para reabilitação e (re) inserção social dos usuários na expectativa de aumentar a eficácia e adesão ao tratamento.

O intuito é instrumentalizar os profissionais para que, na implantação de ações e estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção, recuperação da saúde e prevenção de danos, possam ser contemplados os aspectos da saúde auditiva.

E essa oportunidade poderá garantir os princípios de acesso, equidade, integralidade e de humanização nas políticas de saúde auditiva estando presente nos cuidados e na agenda dos profissionais da saúde.

**É inadiável avançar nas ações no âmbito da promoção de saúde e prevenção dos agravos. Nesse sentido, o fortalecimento da rede de saúde auditiva em sua articulação com a Estratégia da Saúde da Família e com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família é essencial.**

# 1. Política nacional de atenção à saúde auditiva

Em outubro de 2004 é publicada a portaria GM 2073, instituindo a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, com o objetivo maior de proteger, recuperar a saúde e garantir a qualidade de vida e autonomia das pessoas com deficiência auditiva.

Entre as diretrizes propostas para as ações de saúde auditiva em âmbito nacional está a organização de uma linha de cuidados, com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação na atenção básica e especializada; a importância de identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias e situações de risco que levam à deficiência auditiva; a definição de critérios mínimos para o funcionamento e a avaliação dos serviços que realizam reabilitação auditiva.

**O Fonoaudiólogo como profissional e como cidadão deve verificar se o município onde reside incorpora em seus Planos Municipais de Saúde uma linha de cuidados de atenção à saúde auditiva.**

Em consonância com as diretrizes do SUS e da Política Nacional da Saúde da Pessoa com Deficiência, a Política ressalta a importância do acesso, da equidade, da integralidade e do controle social nas ações da saúde auditiva. Reitera, ainda, a importância da educação continuada dos profissionais como forma de qualificar a assistência e a necessidade de informações sobre a saúde auditiva.

O objetivo norteador dessa política é de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, que estabeleça uma linha de cuidados integrados no atendimento das principais causas da deficiência auditiva e determinar diretrizes para credenciamento de serviços de atenção básica, média e alta complexidade no atendimento da pessoa com deficiência auditiva.



Para que a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva seja efetiva é fundamental, dentre outras medidas, que cada um dos três níveis de atuação desenvolva ações de sua responsabilidade e se articulem garantindo fluxos de referência e contra-referência entre unidades e de um nível de complexidade a outro, além de descentralizar e divulgar os serviços, beneficiando o usuário atendido integralmente. Sua efetividade representa avanços na qualidade do cuidado em saúde, eficácia na prevenção de danos e promoção da saúde, somados à otimização da dotação orçamentária para essa área.

**Os gestores municipais devem criar condições para que os gestores de saúde tenham acesso a informações e conhecimentos que possam fornecer subsídios para o planejamento de AÇÕES voltadas à saúde auditiva.**

Para a atenção básica são previstas ações que repercutam na promoção e proteção da saúde auditiva, a prevenção e a identificação o mais cedo possível de possíveis dificuldades ou problemas de audição e o encaminhamento para serviços especializados, além da reabilitação.

Dentre as várias ações de Saúde Auditiva na Atenção Básica destacam-se:

- promoção à saúde auditiva projetos de vivência para empoderamento de comportamentos saudáveis
- educação em Saúde (informativas; educativas e orientação familiar);
- prevenção dos problemas auditivos;
- identificação precoce dos problemas auditivos;
- Compartilhamento de casos que demandam outros níveis de atenção (média e alta complexidade);

- ações de Reabilitação, com o objetivo de reduzir as incapacidades e facilitar o acesso à reabilitação ao usuário o mais próximo possível da moradia.

A atenção especializada, por sua vez, é estruturada na forma de serviços de referência para diagnóstico, seleção e fornecimento de aparelhos de amplificação sonora individual, terapia fonoaudiológica e acompanhamento da função auditiva, do uso do aparelho e seu benefício na qualidade de vida das pessoas atendidas.

As unidades da Atenção de Média Complexidade constituem-se na primeira referência para a atenção básica e contra-referência do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade. As unidades devem ser articuladas e integradas com o sistema local e regional, oferecendo assistência especializada às pessoas com doenças otológicas e, em especial, às pessoas com deficiência auditiva.

Os serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade e seus profissionais especializados atuam de forma abrangente, devendo:

- promover a saúde auditiva e a prevenção de agravos auditivos junto à comunidade, em ações articuladas com as equipes da atenção básica que deverão ser coordenadas pelo gestor local;
- realizar consulta otorrinolaringológica, avaliação audiológica e avaliação fonoaudiológica de linguagem;
- realizar triagem e monitoramento da audição em neonatos, pré-escolares e escolares e em trabalhadores com exposição freqüente a níveis de pressão sonora elevados referenciados da atenção básica;
- realizar diagnóstico das perdas auditivas em crianças maiores que três anos, jovens, adultos e idosos com perda



auditiva, respeitando as especificidades na avaliação e reabilitação exigidas por cada um desses segmentos;

- garantir a reabilitação mediante o tratamento clínico em otorrinolaringologia; seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual (AASI), acompanhamento no serviço e terapia fonoaudiológica para adultos e crianças maiores que três anos de idade;
- garantir avaliação e terapia psicológica, atendimento em serviço social, orientações à família e à escola;
- encaminhar as crianças até três anos de idade, pacientes com afecções associadas e perda auditiva unilateral e aqueles que apresentarem dificuldade na realização da avaliação audiológica para diagnóstico aos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade;
- ofertar consultas gerais em otorrinolaringologia e exames de média complexidade em otorrinolaringologia;
- capacitar e atualizar profissionais da atenção básica para a saúde auditiva, por meio de cursos, oficinas, jornadas, seminários e encontros locais ou regionais;
- trazer suporte técnico às equipes da atenção básica para identificação dos casos que necessitam de encaminhamento aos serviços em outros níveis de complexidade;
- realizar visitas aos estabelecimentos de saúde da atenção básica para discussão de casos clínicos.

A Atenção à Saúde Auditiva de Alta Complexidade constitui-se na referência para o diagnóstico das perdas auditivas e sua reabilitação em crianças até três anos de idade e em pacientes com afecções associadas (neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira,



visão subnormal), perdas unilaterais e daqueles que apresentarem dificuldade na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade. Tem como finalidade prestar assistência multiprofissional especializada às pessoas com doenças otológicas e em especial às pessoas com deficiência auditiva. Para tanto, o serviço deve dispor de equipamentos específicos, estrutura física, recursos humanos especializados e estar devidamente credenciado no SUS. Para este nível de complexidade a política estipula uma equipe mínima composta por dois otorrinolaringologistas; um neurologista e/ou neuropediatra; um pediatra e/ou neuropediatra; seis Fonoaudiólogos (três com experiência em reabilitação auditiva e três com especialização em audiológica), um assistente social e um psicólogo. Com essa equipe o serviço deve garantir o atendimento integral aos pacientes (diagnóstico, tratamento clínico, seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual – AASI, acompanhamento e terapias).

Para garantir a integralidade da saúde e o propósito da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, estes níveis de assistência precisam estar articulados em rede, com a corresponsabilização de todos os envolvidos. Suas ações devem ser planejadas de forma a atender a finalidade maior da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, que é a inclusão social.

**A regulação, o controle e a avaliação de ações de atenção à saúde auditiva são de competência das três esferas de governo (municipal, estadual e federal). Cada município, em atendimento aos princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde deve incluir a Prevenção, Tratamento e a Reabilitação Auditiva como parte integrante de seus Planos Municipais de Saúde e dos Planos Diretores de Regionalização dos Estados e do Distrito Federal.**

## 2. Ações de atenção à saúde auditiva na atenção básica

A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria N° 648/GM de 28 de março de 2006), caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Saúde da Família é a estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde a Atenção Básica. Seu principal objetivo é promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral, contínua. Cada equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde têm por responsabilidade o cuidado em saúde de aproximadamente 1000 a 1200 famílias residentes em território determinado. A ESF vem fortalecer o vínculo e a responsabilização das equipes e a população que fica sob seu cuidado, facilitando a identificação, o atendimento e o acompanhamento de agravos à saúde e a redução de danos que possam vir a comprometer as possibilidades de pessoas, famílias e comunidades viverem de modo saudável.

Em 2008, a partir da avaliação da necessidade de ampliação das ações e resolubilidade do trabalho desenvolvido pelas Equipes da Saúde





da Família (ESF), foram implantados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Portaria N° 154, de 24 de janeiro de 2008).

Estas equipes compostas por pelo menos 5 (cinco) entre 14 diferentes profissionais de saúde têm por atribuição dar suporte e desenvolver ações compartilhadas com as ESF, para fortalecimento das áreas de saúde da criança, mulher, reabilitação, saúde mental, social, alimentação e atividade física.

A ESF e o NASF têm por responsabilidade o cuidado geral em saúde das pessoas que residem em determinado território. Para que isto seja possível, é necessário um conhecimento e integração das diversas Políticas e Programas da saúde e de outros setores.

No que diz respeito à integração entre a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva e as atribuições das equipes NASF expressas na Portaria MS 154 (2008), as ações propostas para a saúde auditiva na atenção básica estão contidas nas ações de reabilitação previstas para as equipes de NASF e ESF.

Com a presença do fonoaudiólogo nas equipes de saúde do NASF a política de saúde auditiva está ganhando capilaridade na atenção básica. Com seu conhecimento e olhar diferenciado, ele vem contribuindo significativamente para o desenvolvimento do trabalho na atenção básica. No que diz respeito à saúde auditiva, tem papel decisivo para que ela possa ser efetivamente incorporada no cotidiano das diversas ESF.

Após o levantamento das possíveis situações de saúde e atitudes desfavoráveis que podem levar à deficiência auditiva na comunidade o Fonoaudiólogo estabelece suas metas e prioridades para trabalhar na formação dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família, com as equipes e, especificamente, com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cujo vínculo com a comunidade favorece a informação, educação



e orientação da comunidade, importantes para a promoção, prevenção de danos, proteção da saúde auditiva e tratamento e reabilitação da deficiência auditiva. A orientação dos ACS e de toda a Equipe de Saúde da Família contribui para a efetividade da política de saúde auditiva e representa avanços em vários aspectos que vão desde a qualidade do cuidado em saúde, efetividade da prevenção de danos e promoção da saúde, até aspectos econômicos.

O Fonoaudiólogo pode ser o facilitador no trabalho de matriciamento para que as equipes possam ter acesso aos Manuais de Capacitação elaborados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e recursos eletrônicos criados pelo Ministério da Saúde (Telessaúde e Telemedicina), visto que possibilitam processo interativo e adaptado de conhecimentos sobre saúde auditiva para diferentes profissionais (agentes comunitários de saúde, professores, pais e outros membros de uma comunidade), orientando ações básicas para prevenção e tratamento da deficiência auditiva que podem ser desenvolvidas junto às famílias e comunidade.

**Com o matriciamento, tanto o Fonoaudiólogo poderá conhecer melhor a realidade do território, seus problemas, suas necessidades e demandas, como todos os profissionais das equipes da Saúde da Família e do NASF estarão mais bem preparados para desenvolver o trabalho de promoção e prevenção à saúde auditiva junto à comunidade que atuam, além de identificar casos que necessitam ser referenciados aos serviços de saúde auditiva de média e alta complexidade.**





Outro aspecto importante do trabalho do Fonoaudiólogo na Atenção Básica é a Educação Permanente dos profissionais da saúde, que podem ocorrer nas reuniões de equipe ou serem desenvolvidas por meio das discussões e/ou de ações específicas. A Educação Permanente deve ser sempre contemplada no planejamento das ações do Fonoaudiólogo nas unidades de saúde para que a consolidação de práticas venha transformar a forma de atuação da equipe em relação aos aspectos da saúde auditiva.

## **2.1. Núcleos de apoio à saúde da família (NASF)**

O Fonoaudiólogo e demais profissionais que atuam no NASF organizam suas ações a partir do reconhecimento do território no qual a equipe de saúde que apóia atua (área, população, número de domicílios, tipos de habitação, tipos de instituições públicas (escolas, creches, delegacia), representação da sociedade civil (associações de moradores, Conselhos de Saúde, conselhos de pais da escola, Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente) e presença de organizações não-governamentais (ONGs) para realizar seu trabalho. Tais ações envolvem:

- (i) o matriciamento das equipes de saúde (indicadores de risco, abordagens de diagnóstico e tratamento, recursos, direito a proteção e inclusão social);
- (ii) a discussão de casos com queixa auditiva ou que tenham a saúde auditiva sob risco;
- (iii) o compartilhamento de casos com outros níveis de atenção e acompanhamento longitudinal de pessoas com queixas auditivas;
- (iv) o projeto terapêutico singular para os casos em que a perda auditiva foi confirmada;
- (v) a reabilitação com foco na inclusão social;



(vi) a criação e realimentação constante de um banco de dados e informações acerca:

- da realidade vivida por famílias onde vivem pessoas com deficiência de audição;
- dos serviços existentes/necessários ao atendimento de demandas específicas de crianças e adolescentes com deficiência auditiva e surdas;
- dos casos de risco e os diagnosticados e em acompanhamento e reabilitação.

iv) apoio, informação e orientação da família e comunidade.

Entre as ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde auditiva desenvolvidas pelo Fonoaudiólogo inserido nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família podem ser citadas:

- 1) orientação às Equipes da Saúde da Família para ações de promoção à saúde auditiva (VIDE 2.2);
- 2) orientação aos outros profissionais integrantes do NASF sobre a importância da audição e conservação auditiva;
- 3) atuar em equipe, promovendo matriciamento para a construção conjunta de conhecimentos sobre os diversos determinantes que podem gerar agravos à saúde auditiva; trabalhando na elaboração de projetos terapêuticos; realizando atendimentos compartilhados;
- 4) atividades educativas gerais e de comunicação nas USF, escolas, paróquias. As atividades educativas devem envolver toda a comunidade no que se refere ao conhecimento sobre a saúde auditiva, em todas as faixas etárias (criança, adolescente, adulto e idoso). Devem ser realizadas por meio de:



- elaboração e divulgação de matérias informativas e educativas sobre audição (Folders, Jornais, Cartazes, Boletins, Faixas);
- palestras educativas sobre audição para a comunidade (presencial, via rádio da comunidade, TV, teatros para as crianças, uso de recursos audiovisuais):
- participação em Grupo de Gestantes, orientando sobre amamentação, imunização, desenvolvimento auditivo e de linguagem da criança;
- participação nas escolas e creches desenvolvendo ações de educação auditiva para as crianças e adolescentes;
- participação em Centros Comunitários, Clubes de Terceira Idade para educação sobre a conservação auditiva;
- atuação junto a Sindicatos dos Trabalhadores para orientação de Conservação Auditiva.

5) participação de forma integrada com outros setores (educação, lazer, cultura, trabalho, esporte) na construção de políticas e programas educativos sobre a preservação da saúde auditiva.

6) promoção da educação dos usuários de AASI quanto ao uso, manuseio, manutenção, aclimatização e acompanhamento audiológico: os não-usuários de AASI contabilizados pelos ACS devem ser objeto de atenção para maior vínculo e adesão ao processo reabilitativo.

Sugere-se as seguintes atividades para atingir esse objetivo:

- acolher os usuários de AASI que requeiram de



reabilitação e realizar grupos de ação educativa sobre o manuseio e cuidados com o AASI, estratégias de comunicação, além de orientar e aconselhar o paciente e a família. Outros profissionais podem ser solicitados a participar, como psicólogo, terapeuta ocupacional que poderão auxiliar na promoção da qualidade de vida dos integrantes;

- inserção da criança ou adolescente com DA em grupos terapêuticos voltados para a aquisição da Linguagem e letramento.
- inserção de pessoas surdas nas atividades desenvolvidas na UBS (caminhada, grupo de terceira idade, coral, oficinas lúdicas, planejamento familiar, terapia comunitária etc)
- encontro entre familiares de deficientes auditivos para educação sobre a saúde auditiva; explicitação quanto à necessidade de uso dos dispositivos individuais; estratégias de comunicação e compartilhamento de experiências.

7) acolher, apoiar e orientar as famílias nas diversas circunstâncias e, mais especialmente, no momento de diagnóstico. As famílias referenciadas pela Atenção Básica e rastreadas no levantamento dos ACS que estiverem passando pelo processo de diagnóstico e adaptação dos AASI nos serviços de média e alta complexidade deverão ser acolhidas, apoiadas e orientadas durante todo o processo pela equipe do NASF. Tais ações desenvolvidas em grupo ou individualmente, dependendo da etapa que a família está vivenciando, devem envolver:

- orientações sobre a deficiência auditiva para os





familiares;

- orientações sobre os AASI (uso, manuseio e cuidados);
- opções educacionais;
- investigação sobre a necessidade de intervenção de outros profissionais e encaminhamentos.

8) potencializar a resolubilidade das ações do trabalho em rede, tornando o sistema de referência e contra-referência entre atenção básica e os serviços de média e alta complexidade um sistema dialogado que se organiza a partir das necessidades da população e fazendo o acompanhamento longitudinal dos casos.

Ações devem ser realizadas para otimização do sistema de referência e contra-referência e nesse sentido pode ser utilizado:

- formulário como estratégia de retorno da informação entre os profissionais da referência e contra-referência para controle do acompanhamento longitudinal do paciente e da família
- atendimento emergencial- desenvolver o atendimento para os usuários de AASI que precisam de um atendimento mais rápido para pequenos reparos ou ajustes, orientações, independentemente do acompanhamento audiológico anual no serviço de referência.

9) desenvolver estratégias grupais para discussão em escolas regulares sobre a inclusão e acessibilidade da pessoa com deficiência auditiva, envolvendo professores, estudantes, famílias, profissionais e gestores da área da educação. Podem ser realizadas por meio de:

- palestras educativas que podem abordar, entre outros, os seguintes temas:

- a importância da audição para o desenvolvimento da criança;
- perda auditiva e suas consequências sobre o desenvolvimento biopsicossocial da criança;
- dispositivos eletrônicos: AASI, Implante Coclear e Sistema FM e seus benefícios;
- reabilitação auditiva e opções educacionais;
- ruído em sala de aula;
- manuseio de AASI.
- reuniões com gestores, educadores e profissionais da área da educação para promover a acessibilidade da criança na escola:
  - orientar sobre como melhorar a recepção do sinal de fala em sala de aula (melhorar relação sinal ruído): disposição da criança na sala de aula (próxima ao professor); uso de estratégias de fala (falar próximo ao AASI ou IC da criança, por exemplo), uso do sistema FM;
  - orientar a respeito de como controlar o ambiente acústico das escolas: propiciar salas com tratamento acústico (uso de cortinas, feltros nos pés das cadeiras e carteiras), iluminação adequada das salas de aula e ventiladores ou aparelhos de ar condicionado mais silenciosos;
  - orientar sobre como controlar o ambiente visual: excesso de objetos na sala de aula; apoio visual atraente ou motivador; posicionamento da criança de frente para o professor;
  - intérpretes de sinais e amigo qualificado (profissionais que dão apoio para os deficientes auditivos que





utilizam o Português oral, mas não acompanham uma informação onde exista ruído e muitas pessoas falando ao mesmo tempo);

- uso de recursos para estimulação das habilidades auditivas como computadores, livros falados ([www.livrofalado.pro.br](http://www.livrofalado.pro.br)) e oficinas de leitura e escrita.

10) ações de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) e atendimento aos casos específicos. A RBC valoriza o potencial da comunidade, concebendo todas as pessoas como agentes do processo de reabilitação e inclusão, proporcionando atendimento às necessidades de pessoa com deficiência e de seus familiares, segundo os padrões e recursos do próprio meio. É um processo em que a própria pessoa com deficiência, sua família e respectiva comunidade são os agentes principais da sua capacitação social. A forma de atendimento satisfaz à multiplicidade de necessidades da pessoa com deficiência e a de família, permite-lhes acesso e uso de serviços destinados à população geral e integra essa pessoa concomitantemente com a fase de sua reabilitação.

Pode ser realizada por meio das ações:

- pesquisa de recursos comunitários e das atividades econômicas locais;
- reuniões com autoridades e líderes da comunidade para identificação de atividades que podem integrar os deficientes auditivos;
- identificação do número de pessoas com deficiência;
- avaliação das necessidades de pessoas com deficiência;

- 
- treinamento de profissionais de outros níveis de atendimento;
  - atendimento às pessoas com deficiência, no domicílio ou encaminhamento para níveis de atendimento;
  - conscientização e sensibilização do público em geral sobre as deficiências e suas potencialidades em relação ao desempenho social, promovendo sua inserção em atividades sociais, econômicas, de lazer, físicas, entre outras realizadas pela comunidade local.
  - reuniões com pais, idosos, crianças, adolescentes professores sobre as necessidades e demandas dos sujeitos deficientes auditivos. Deve ser promovida a orientação da comunidade sobre a inclusão social dos indivíduos deficientes auditivos, usuários ou não de AASI, no que se refere: à ocupação, escolaridade, atividades físicas e de lazer, entre outros, de uma forma que a participação da comunidade seja mais ativa do que passiva no processo de inclusão desse grupo de pessoas.

11) desenvolvimento de estratégias para acompanhamento dos casos de risco. Podem ser realizadas através das ações:

- Identificação dos casos de risco da comunidade;
- Acompanhamento periódico por meio de: visitas domiciliares, nas UBS, controle do desempenho escolar e social;

12) Visita conjunta com a ESF e discussão de casos: para orientações, adaptações e acompanhamentos; capacitar,

orientar e dar suporte às ações dos ACS;

13) Desenvolvimento de projetos, programas e ações inter setoriais de inclusão social.

## 2.2. Saúde auditiva incorporada à estratégia de saúde da família

Como já mencionado, para que as questões de saúde auditiva ganhem capilaridade na atenção básica, é fundamental que o fonoaudiólogo trabalhe junto às equipes utilizando-se de diferentes estratégias para que esta questão seja incorporada no cotidiano das diversas ESF. AS equipes de saúde da família podem desenvolver ações de promoção, proteção e reabilitação à saúde auditiva. Vejamos algumas delas:

### a) Na atenção à gestante:

- controle dos fatores que interferem no desenvolvimento do feto (hipertensão, diabetes, utilização de drogas ototóxicas e outros);
- imunização e controle de doenças que podem levar a infecções congênitas (rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus);
- orientação sobre a elevação da cabeça do bebê durante a mamada para prevenir alterações de ouvido médio.

### b) Na atenção à criança e ao adolescente:

- identificação precoce dos neonatos que devem ser referenciados para avaliação especializada, a partir da história clínica, da presença de agravos que comprometem a saúde auditiva, e dos fatores de risco para deficiência auditiva
- imunização e controle de doenças infantis como caxumba, sarampo, meningite;

- 
- acompanhamento do desenvolvimento sensório-motor, psicológico, cognitivo, visual, auditivo e de linguagem por meio da observação do comportamento da criança/bebês;
  - orientação à família com relação ao desenvolvimento de linguagem e da audição, valorizando a preocupação e/ou suspeita dos pais quanto a capacidade auditiva de seus filhos;
  - orientação para evitar acidentes com a introdução de objetos e hastes de limpeza na orelha, que podem ferir e prejudicar a lubrificação natural do conduto (cerume);
  - atenção aos transtornos das vias aéreas superiores (otites de repetição e outros);
  - orientação acerca dos riscos da exposição à ruído não ocupacional (aparelhos eletrônicos, brinquedos, ambientes de lazer com níveis sonoros elevados e outros);
  - Acompanhamento de adolescentes inseridos no mercado de trabalho;

### **c) Na atenção ao adulto:**

- orientação para evitar acidentes com a introdução de objetos e hastes de limpeza na orelha, que podem ferir e prejudicar a lubrificação natural do conduto (cerume);
- orientação acerca de fatores de risco para a audição no ambiente de trabalho (ruído, vibração, produtos químicos) e uso de equipamentos de proteção individual (EPI);
- orientação acerca dos riscos da exposição à ruído não ocupacional (aparelhos eletrônicos, ambientes de lazer com níveis sonoros elevados e outros);
- identificação de idosos e adultos com queixa de alterações da audição, vertigem, chiado ou zumbido no ouvido que devem ser



referenciados para avaliação especializada;

- orientação e acompanhamento quanto ao uso de medicamentos para hipertensão, diabetes e problemas renais;

**d) Na atenção Saúde do Trabalhador:**

No que se refere à Saúde do Trabalhador, as orientações para o desenvolvimento de ações estão disponíveis em outros Manuais, referenciados na Bibliografia Indicada deste Guia.

**e) Compartilhamento de casos com suspeita de perda auditiva com a atenção especializada (consulta otorrinolaringológica e avaliação audiológica completa), em Serviço de Saúde Auditiva de Média Complexidade;**

**f) Identificação dos recursos comunitários que favoreçam o processo de inclusão social plena da pessoa com deficiência auditiva (centros culturais, escola, trabalho e outros);**

**g) Realização de estudos epidemiológicos para nortear as ações de acordo com a necessidade da comunidade:**

- Adicionar no levantamento de saúde a pergunta: “Seu filho ouve bem?”, acolhendo e valorizando também suspeitas, dúvidas dos pais quanto a audição da criança;

- Elaborar e acompanhar levantamento dos usuários de AASI (crianças, adolescentes e adultos) da comunidade e sobre o uso dos dispositivos na vida diária e realização de terapia;

- Elaborar e acompanhar o levantamento das crianças e adolescentes com deficiência auditiva inseridas na escola regular da área de abrangência de cada unidade de saúde da família e verificar o uso e acompanhamento do AASI e/ou implante coclear na escola;



- Criar banco de dados com informações relativas à saúde auditiva daquela comunidade.



### 3. Critérios de encaminhamentos para referência e contra-referência

Além do matriciamento, atendimento compartilhado, discussão de casos, educação permanente o fonoaudiólogo tem papel importante na orientação das equipes de saúde sobre os critérios de encaminhamentos para referência e contra-referência.

Os serviços de saúde para assegurar atenção integral devem estar configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento. O desenho lógico da rede prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (dentre os diferentes equipamentos de saúde). A organização e funcionamento adequados dos sistemas de referência e contra-referência são, portanto, requisitos fundamentais para o alcance da integralidade.

Referência representa o maior grau de complexidade, ou seja, consiste no encaminhamento do usuário para atendimento em níveis de especialização mais complexos. Já a contra-referência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, sendo o encaminhamento realizado a um atendimento de menor complexidade (Brasil, 2003).

As Redes de Atenção Básicas e equipes do PSF têm como referência a Média Complexidade, da mesma forma que esta última tem como referência a Alta Complexidade. Nesta seqüência serão disponibilizados os procedimentos de consultas e exames, respeitando os quantitativos estabelecidos regionalmente pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A contra-referência ocorrerá no caminho inverso: alta complexidade, média complexidade e atenção básica. A referência e a contra-referência também se aplicam as competências e responsabilidades técnicas, ou seja, orientações, procedimentos a serem executados e acompanhamentos. Importante desenvolver mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência.



A concepção central da referência e contra-referência é fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, inter-equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes.

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

Para efetivação da rede de saúde auditiva é importante que o Fonoaudiólogo pertença a um conjunto contínuo e não a um serviço isolado, preocupando-se com o paciente/família na continuidade da atenção que está sendo prestada.

É necessário que se estabeleça uma estratégia de comunicação entre os serviços de maior e menor complexidade que compõem o sistema de saúde. Para que isto ocorra, cada serviço de saúde precisa ter total conhecimento dos estabelecimentos disponíveis e sua competência apropriada, nos diferentes níveis.

As indicações básicas para encaminhamento foram citados ao longo deste manual, mas dependerão da especificidade de cada caso. É importante também destacar que a Atenção Básica não encaminha usuários, ela “compartilha” com outros serviços, uma vez que permanece responsável pela sua população adscrita.



## 4. Avaliação das ações de saúde auditiva na atenção básica

Refletir sobre a efetividade e eficácia das ações e serviços de saúde, supondo participação e controle democrático, pode se traduzir na ampliação do acesso à saúde da população, principalmente se tal prática se insere no cotidiano institucional das instâncias gestoras do SUS. A criação conjunta de indicadores propicia compromissos que podem viabilizar mudanças, uma vez que as responsabilidades passam a ser compartilhadas na esfera pública de decisões (MS, 2004).

A avaliação é um processo crítico-reflexivo, contínuo e sistemático que pode ser desenvolvido sobre as práticas e procedimentos de trabalho dos serviços de saúde. O foco da avaliação precisa ser estabelecido e articulado a partir de distintas interpretações da realidade, considerando os cenários e perspectivas em saúde. Conhecer as demandas em saúde auditiva e os elementos chave que a constitui, definir os objetivos, reunir e analisar as informações, e desenhar um plano “permite identificar os avanços, as dificuldades e limitações, assim como as possibilidades de superá-las” (Raupp et al, 2001).

Nesses termos, para acompanhar o impacto das ações desenvolvidas deverão ser realizadas análises do banco de dados criado para verificar se houve:

- 1) diminuição das possíveis causas da deficiência auditiva entre a comunidade;
- 2) diminuição dos comportamentos desfavoráveis da população que podem induzir à deficiência auditiva entre a comunidade;
- 3) aumento do uso de horas do AASI pelos usuários e melhor manutenção dos dispositivos;
- 4) encaminhamento para reabilitação dos usuários de AASI que necessitam de intervenção e se os encaminhados compareceram ao atendimento;

- 
- 5) acompanhamento da pessoa com deficiência auditiva na inserção em escola regular e da sua evolução escolar;
  - 6) identificação precoce de casos que necessitam de intervenção em serviços especializados.
  - 7) a correlação entre demanda e cobertura alcançada pelo serviço

A partir de mecanismos semelhantes o direcionamento de esforços em relação às metas desejáveis pode significar avanços reais para atingir resultados inovadores.

## 5. Considerações finais

Este documento pretende ser um indutor da otimização de processos de trabalho que possam fortalecer a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva na atenção básica e assegurar a melhoria da qualidade do cuidado com a saúde auditiva bem como que sua expansão possa se tornar compatível com a demanda.

## 6. Legislação

Principais avanços no âmbito internacional:

1948: Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU)
1955: Recomendação 99 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), sobre Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes;
1959: Declaração dos Direitos da Criança (especificamente o 5o princípio);
1971: Declaração de Direitos do Deficiente Mental (ONU);
1975: Declaração de Direitos das Pessoas Deficientes da ONU;
1976: Assembléia Mundial de Saúde da OMS aprova o documento de prevenção de deficiência e reabilitação;
1977: Declaração de Direitos das Pessoas Surdo-Cegas, Conferência Mundial Hellen Keller;
1978: Conferência Internacional sobre a atenção primária - Conferência de Alma Ata-organizada pela OMS e pelo UNICEF que incluí a reabilitação como uma das estratégias para alcançar a Saúde para Todos. Em 2000, ratificando a reabilitação como uma das medidas de saúde aplicáveis a uma comunidade, ao lado da promoção, prevenção e tratamento;
1979: UNESCO declaram apoio à integração de crianças e adolescentes deficientes em escolas da rede regular;
1979: 1º documento sobre reabilitação na comunidade é preparado pela OMS, UNECEF, ONU, OIT, UNESCO;
1981: Proclamação do Ano Internacional das Pessoas Deficientes em assembléia Geral da ONU. Neste ano a Organização Internacional do trabalho (OIT) lança documento que pleiteia o reconhecimento de iniciativas locais o apoio e a participação comunitária na atenção ao deficiente ressaltando a descentralização dos serviços e a atenção especial às zonas rurais e às populações mais pobres e poucas assistidas das cidades;
1982: Programa Mundial de Ação Relativo às Pessoas com Deficiência, Resolução 37/52 da ONU;
1987: Declaração sobre Equiparação de Oportunidades, Disablet Peoples International;





1993: Idéias Práticas em Apoio ao Dia Internacional das Pessoas com Deficiência, Disability Awareness in Action - ONU;

1994: Declaração de Salamanca e Parâmetros de Ação na Educação para Necessidades Especiais, UNESCO, Conferência Mundial sobre Educação para Necessidades Especiais;

2005: WHA Resolução da Organização Mundial de Saúde, 25/5/2005, sobre a deficiência, incluindo a prevenção, a gestão e a reabilitação;

2006: Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência aprovada pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), (reconhece e garante os direitos das pessoas com deficiência, proíbe a discriminação em todos os aspectos da vida, como educação, saúde, acesso à justiça e ao transporte).

### Principais avanços no âmbito internacional:

1971: Lei no. 5692/71 fixou as diretrizes para o ensino de 1º e 2º grau, no artigo nove aponta o tratamento especializado aos alunos que apresentem deficiências físicas ou mentais (...) de acordo com as normas fixadas pelos conselhos de educação.

1977: Lei nº 6.494 - Dispõe sobre os estágios de estudantes de estabelecimentos de ensino superior e de ensino profissionalizante do 2º Grau, supletivo e escolas de educação especial. Modificada pela Lei 8.859/97.

1987: Governo Federal cria a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE.

1988: A Constituição Federal, nos artigos 208 e 227, trata do atendimento educacional especializado e das metas a serem cumpridas em relação à integração social do adolescente portador de deficiência, mediante a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos. No artigo 227- responsabiliza família, sociedade e Estado. à assistência integral às pessoas portadoras de deficiência, a alínea II do § 1º do mesmo artigo, o texto constitucional coloca como dever do Estado “a criação de programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de deficiência física, sensorial e mental, bem como de integração social do adolescente portador de deficiência.

1989: Lei nº. 7.853 dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, transferindo para Estados e Municípios a responsabilidade pela adoção e efetiva execução de normas referentes às pessoas com deficiência. Recria a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE.

1990: Lei nº 8.069 Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, que assegura ao adolescente com deficiência o trabalho protegido, garantindo seu treinamento e colocação no mercado de trabalho e também o incentivo à criação de oficinas abrigadas.

1992: Governo Federal lança “Normas sobre a Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência” e no ano seguinte (1993) apresenta o Decreto 914, “institui a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência”.

1993: Lei nº 8.642 Dispõe sobre a instituição do Programa Nacional de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente - PRONAICA e dá outras providências.

1993: Lei nº 8.742- LOAS Dispõe sobre a Organização da Assistência Social, e dá outras providências. No art. 20 prevê o benefício da prestação continuada, garantindo à pessoa com deficiência, carente e incapacitado para a vida independente e para o trabalho, um salário mínimo mensal. Decreto nº 1.744/95 regulamenta o benefício de prestação continuada devido à pessoa com deficiência e ao idoso.

1996: Promulgada Lei 9.394, de Diretrizes e Bases da Educação (LDB)

2001 Resolução nº. 2 do Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Básica (CNE / CEB), institui as Diretrizes Nacionais para a educação de alunos que apresentem necessidades educacionais especiais, na Educação Básica, em todas as suas etapas e modalidades e que passou a ser obrigatória em janeiro de 2002.

1999: Lei nº. 8.069/90 instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)-resultante da Convenção sobre os Direitos da Criança e das recomendações da Cúpula Mundial da Infância, garante o atendimento médico, educacional e proteção à criança e ao adolescente em geral e aos indivíduos portadores de necessidades especiais;

1999: Lei nº 9.86 Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, nelas incluídas aquelas formadas por pessoas com deficiência, dependentes químicos, egressos do sistema prisional, condenados a penas alternativas à detenção e adolescentes em idade adequada ao trabalho, que se encontrem em difícil situação econômica.

2001: Lei nº 10.172 Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências.

2002: Lei nº. 10.436 dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras 2007, criado o Programa Incluir: Acessibilidade na Educação Superior, que foi uma iniciativa da Secretaria de Educação Especial e da Secretaria de Educação Superior, tem como objetivos: promover ações que garantam o acesso pleno de pessoas com deficiência às Instituições Federais de Educação Superior; apoiar propostas desenvolvidas nas IFES para superar situações de discriminação contra os estudantes com deficiência; fomentar a criação e/ou consolidação de núcleos de acessibilidade nas instituições federais de ensino superior; implementar a política de inclusão das pessoas com deficiência na educação superior; e promover a eliminação de barreiras atitudinais, pedagógicas, arquitetônicas e de comunicações.

2004: Lei nº 10.845 Institui o Programa de Complementação ao Atendimento Educacional Especializado às Pessoas Portadoras de Deficiência, e dá outras providências.

Abaixo segue a seleção de Portarias, Leis e Regulamentações que são importantes na saúde auditiva.

Portaria nº 126, de 17 de setembro de 1993	Cria na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único De Saúde a cirurgia de Implante Coclear (SIH/SUS).
Portaria nº. 211, De 8 de novembro de 1996	Estabeleceram as normas para Cadastramento de Centros/Núcleos para realização de Implante Coclear.
Portaria GM/MS nº 1278, de 20 de outubro de 1999	Aprova, na forma do Anexo I, os critérios de indicação e contra-indicação de Implante Coclear e aprova, na forma do anexo II, as normas para cadastramento de Centros/ Núcleos para realização de Implante Coclear. Revoga o Art. 3º a Portaria GM/MS 3762, de 20 de outubro de 1998.

Portaria nº 432, de 14 de novembro de 2000	Institui a ampliação do universo de concessão de aparelhos de amplificação sonora individuais (AASI) aos pacientes em tratamento pelo Sistema Único de Saúde e dá outras providências
Portaria GM/MS nº 2073, de 28 de setembro de 2004	Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.
Portaria SAS/MS nº 587, de 07 de outubro de 2004	Determinar que as Secretarias de Estado da Saúde dos Estados adotem as providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva.
Portaria SAS/MS nº 589, de 08 de outubro de 2004	Trata dos mecanismos para operacionalização dos procedimentos de atenção à saúde auditiva no Sistema Único de Saúde - SIA/SUS
Portaria SAS/MS nº 68, de 25 de janeiro de 2005	Institui, no âmbito desta Secretaria, uma Câmara Técnica da Atenção à Saúde Auditiva, com a finalidade de proceder à implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, bem como rever e atualizar as normas, parâmetros e procedimentos da Tabela do Sistema Único de Saúde-SUS.
Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006	Divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.
Portaria GM/MS nº 626, de 23 de março de 2006	Define os serviços de Atenção à Saúde Auditiva e os limites físicos e financeiros dos estados, Distrito Federal e municípios.
Lei nº 12.303, de 2 de agosto de 2010	Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas.

Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.
Portaria nº 693/GM em 5 de julho de 2000	Aprovar a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.
Decreto nº 914, de 6 de setembro de 1993.	Institui a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, e dá outras providências.
Portaria nº 1.793/94	Dispõe sobre a necessidade de complementar os currículos de formação de docentes e outros profissionais que interagem com portadores de necessidades especiais e dá outras providências.
Decreto nº 3.298/99	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.
Decreto nº 3.956/01	(Convenção da Guatemala) – Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência.
Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999	“Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências”
Decreto nº 5296, de 02 dezembro de 2004	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”
Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005	“Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000”

Decreto n 6.286, de 5 de dezembro de 2007	“Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências”
Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009	“Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007”.
Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989	“Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências”.
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.
Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990	“Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”.
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”.
Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002	“Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências”.
Portaria nº 308/SAS/MS, de 10 de maio de 2007	Alterou os valores dos Aparelhos de Amplificação Sonora Individual - AASI constantes do Anexo II da Portaria nº 589/SAS/MS, de 8 de outubro de 2004.
Portaria GM nº 389, de 3 de março de 2008	Redefine os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e os limites físicos e financeiros dos Estados, Distrito Federal e Municípios.





Decreto SAJ/CC/PR  
nº 6.215, de 26 de  
setembro de 2007

Estabelece o Compromisso pela Inclusão das Pessoas com Deficiência, com vistas à implementação de ações de inclusão das pessoas com deficiência, por parte da União Federal, em regime de cooperação com Municípios, Estados e Distrito Federal, institui o Comitê Gestor de Políticas de Inclusão das Pessoas com Deficiência - CGPD, e dá outras providências.

Fonte: [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas)

Sites consultados: CFFa, Crefono 1 e Ministério da Saúde.

## 7. Sites relacionados

**6.1** Site do Ministério da Saúde com as Portarias de Saúde Auditiva  
[www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas)

**6.2** Lista de contatos da rede de reabilitação auditiva:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24836](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24836)

**6.3** Site oficial da Academia Brasileira de Audiologia:  
[www.audiologiabrasil.org.br](http://www.audiologiabrasil.org.br)

**6.4** Site do Conselho Federal de Fonoaudiologia:  
[www.fonoaudiologia.org.br](http://www.fonoaudiologia.org.br)

**6.5** Site da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia:  
[www.sbfa.org.br](http://www.sbfa.org.br)

**6.6** Site elaborado pelo Centro de Pesquisas Audiológicas da Universidade de São Paulo, campus Bauru com informações sobre legislação e procedimentos da Saúde Auditiva:  
[www.saudeauditivabrasil.org.br](http://www.saudeauditivabrasil.org.br)

**6.7** Site do Ministério da Saúde sobre a saúde da pessoa com deficiência:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=927](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=927)



## 8. Glossário

**UNIVERSALIDADE** – É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal.

**EQÜIDADE** – É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requiera, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.

**INTEGRALIDADE** - É o reconhecimento na prática dos serviços de que:

- Cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
- As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;
- As unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

**REGIONALIZAÇÃO e HIERARQUIZAÇÃO** - Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas). O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais, deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.



**RESOLUBILIDADE** - É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

**DESCENTRALIZAÇÃO** - É entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual, e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde – é o que se chama municipalização da saúde. Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos.

**PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS** - É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Outra forma de participação são as conferências de saúde, periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde. Deve ser também considerado como elemento do processo participativo o dever das instituições oferecerem as informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde.

**COMPLEMENTARIDADE DO SETOR PRIVADO** - A Constituição definiu que, quando por insuficiência do setor público, for necessário a contratação de serviços privados, isso deve se dar sob três condições:

1ª - a celebração de contrato, conforme as normas de direito público, ou seja, interesse público prevalecendo sobre o particular;





2ª - a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevalecem, assim, os princípios da universalidade, equidade, etc., como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste;

3ª - a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Dessa forma, em cada região, deverá estar claramente estabelecido, considerando-se os serviços públicos e privados contratados, quem vai fazer o que, em que nível e em que lugar.

Dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos, conforme determina a Constituição. Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na seqüência, complementar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos concertos de regionalização, hierarquização e universalização. Torna-se fundamental o estabelecimento de normas e procedimentos a serem cumpridos pelos conveniados e contratados, os quais devem constar, em anexo, dos convênios e contratos.

**ATENÇÃO BÁSICA** – Compreende conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situado no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, voltado para a promoção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Deve cumprir a função conjunta e interrelacionada de saúde pública (vigilância a saúde), clínica ampliada (assistencial) e acolhimento (acesso em avaliação de risco e responsabilização).

**MÉDIA COMPLEXIDADE** - Compreende ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.

**ALTA COMPLEXIDADE** – Compreende a atenção à saúde no contexto do SUS que pressupõe utilização de alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Um exemplo de procedimento de alta complexidade é o implante coclear.



**REFERÊNCIA** – representa o maior grau de complexidade, ou seja, consiste no encaminhamento do usuário para atendimento em níveis de especialização mais complexos.

**CONTRA-REFERÊNCIA** – diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, sendo o encaminhamento realizado a um atendimento de menor complexidade.

**MATRIACIAMENTO** – diz respeito a uma nova lógica de produção do processo de trabalho onde um profissional atuando em determinado setor oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres já que ao mesmo tempo o profissional cria pertencimento à sua equipe, setor, mas também funciona como apoio, referência para outras equipes.

**ATENDIMENTOS COMPARTILHADOS** - é o atendimento conjunto realizado em uma intervenção (consulta, visita domiciliar, coordenação de grupo etc.) tendo como sujeitos de ação o profissional de saúde e o apoiador matricial em produção. Esse tipo de atendimento propicia a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos.

**CLÍNICA AMPLIADA**- Trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde (eficácia terapêutica) e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença. A clínica ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida de modo prazeroso.

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR:** é o conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial se necessário.

**SAÚDE DO TRABALHADOR**- área específica da Saúde Pública que prevê o estudo, a prevenção, a assistência e a vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho. Faz parte do direito universal à saúde.

## 9. Bibliografia indicada

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 4 (4): 449-459, out. / dez., 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde - Caminhos da Institucionalização. Brasília, 2006.

Brasil. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.073, 28 de setembro de 2004. Que versa sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão e de outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2004.

Raupp B, Diercks M, Pekelman R, Fajardo A. A vigilância, o planejamento e a educação em saúde no SSC: uma aproximação possível. In: Eymar VM, editor. A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec:2001.

Ministério do Trabalho (artigo 168 da Consolidação das Leis do Trabalho, na NR 7). Disponível em: [www.mte.gov.br/legislacao/portarias/SUS](http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/SUS) de A a Z: Terminologia do Sistema Único de Saúde Brasil, I. Silva, Marysia Alves (org.) Goiânia: Ed da UCG, 2005









Conselho Federal de Fonoaudiologia

