

NOTA TÉCNICA

Avaliação de Resultados das Ações Destinadas à Saúde Auditiva do Plano Viver Sem Limite no Período de 2012 a 2019¹

Sheila Cristina Silva de Melo²

Fabiola Sulpino Vieira³

Recife

2021

¹ Esta nota técnica é baseada na dissertação de mestrado intitulada “Eixo Atenção à Saúde do Plano Viver Sem Limite: avaliação de resultados das ações destinadas à saúde auditiva (2012 a 2019)”. Disponível em: <<https://bit.ly/3LkVt6H>>.

² Mestre em Gestão e Economia da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (PPGGES/UFPE). E-mail: sheila.fono@hotmail.com.

³ Professora colaboradora no PPGGES/UFPE.



1 INTRODUÇÃO

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

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

A diferença desses números se deve a questões metodológicas, que impactaram os questionários de ambas as pesquisas. No censo 2010, as perguntas consideraram qualquer grau de dificuldade das pessoas em desempenhar certas funções, considerando como parâmetro a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A partir de 2018, o IBGE, que é o órgão responsável pela realização do censo demográfico e da PNS, adotou a orientação do Grupo de Washington (GW) de Estatísticas sobre Deficiência, vinculado à Comissão de Estatística da Organização das Nações Unidas (ONU), sobre o critério para identificação de PcD. Desde então, são consideradas PcD apenas os indivíduos que responderem ter ‘muita dificuldade’ ou ‘não consegue de modo algum’ enxergar, ouvir ou caminhar/subir degraus, ou ainda, os que tiverem alguma deficiência mental/intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar ou ir à escola (IBGE, 2018). Trata-se de um contingente expressivo de pessoas, mesmo após os ajustes de natureza metodológica entre as duas pesquisas. Assim, tendo em vista o número significativo de PcD, a inclusão social é uma questão relevante e muito discutida em nível nacional e internacional.

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

O EAS apresenta cinco metas. A primeira está relacionada com a identificação e a intervenção precoce, com ênfase nos Programas de Triagem Neonatal; a segunda incentiva a publicação de novas Diretrizes Terapêuticas; a terceira trata da ampliação do acesso, por meio da qualificação e da criação de Centros Especializados em Reabilitação (CER); a quarta enfatiza a ampliação da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção; e a quinta diz respeito a uma proposta de atenção odontológica direcionada para as PcD (BRASIL, 2013).

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

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

Assim, considerando a relevância do PVSL como política pública federal, este trabalho teve por objetivo avaliar o EAS-PVSL, especialmente em relação aos resultados das ações destinadas à saúde auditiva, implementadas no período de 2012 a 2019.

2 AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

Realizou-se uma avaliação *ex-post* do EAS-PVSL, do tipo avaliação de resultados, com foco especial nas ações destinadas à saúde auditiva, considerando-se a abrangência nacional do



Plano. Trata-se de uma abordagem de avaliação quantitativa e com desenho de estudo descritivo (SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010). O EAS constitui um dos programas vinculados ao PVSL, o qual, embora não tenha recebido a denominação de política, pode ser considerado como tal.

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

- a) *Identificação das fontes de informação*: foram utilizadas diversas fontes para obtenção de informações sobre o público-alvo da política, os recursos financeiros alocados pelo Governo Federal, os recursos humanos e físicos existentes e o cumprimento das metas estabelecidas para o eixo;
- b) *Identificação dos resultados esperados do programa*: foi preciso construir um modelo lógico para servir de base para o processo de avaliação, pois não se identificou em documentos elaborados e publicados pelos formuladores do programa uma matriz que vinculasse os resultados esperados aos objetivos do PVSL. Para tanto, observaram-se as recomendações de Cassiolato e Guerresi (2010) para a realização desse tipo instrumento. Destacaram-se para avaliação quatro resultados esperados: 1) deficiências identificadas e tratadas precocemente; 2) atendimento ampliado de PcD em CER; 3) acesso ampliado de PcD a órteses e próteses; e 4) atendimento ampliado das PcD quanto às ações de atenção odontológica;
- c) *Planejamento da avaliação de resultados*: a sequência de perguntas utilizadas para subsidiar o estudo, levando em conta a disponibilidade de dados e limitações temporais, foram: os resultados esperados/planejados em relação às metas do EAS-PVSL foram alcançados? A taxa de cobertura dos serviços desse eixo apresentou crescimento durante o período avaliado? O número de pessoas beneficiadas por esses serviços aumentou ao longo do tempo? O objetivo do EAS-PVSL foi atingido?
- d) *Coleta de informações*: Os dados coletados de documentos técnicos e de relatórios sobre o programa correspondem ao período de implementação de 2012 a 2019 e relacionam-se com as metas e resultados esperados. Foram tabulados e analisados com o suporte do software Excel 16.0. Quanto aos gastos do Governo Federal, para fins de análise de sua evolução, os

valores foram corrigidos monetariamente pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) para preços de 2019;

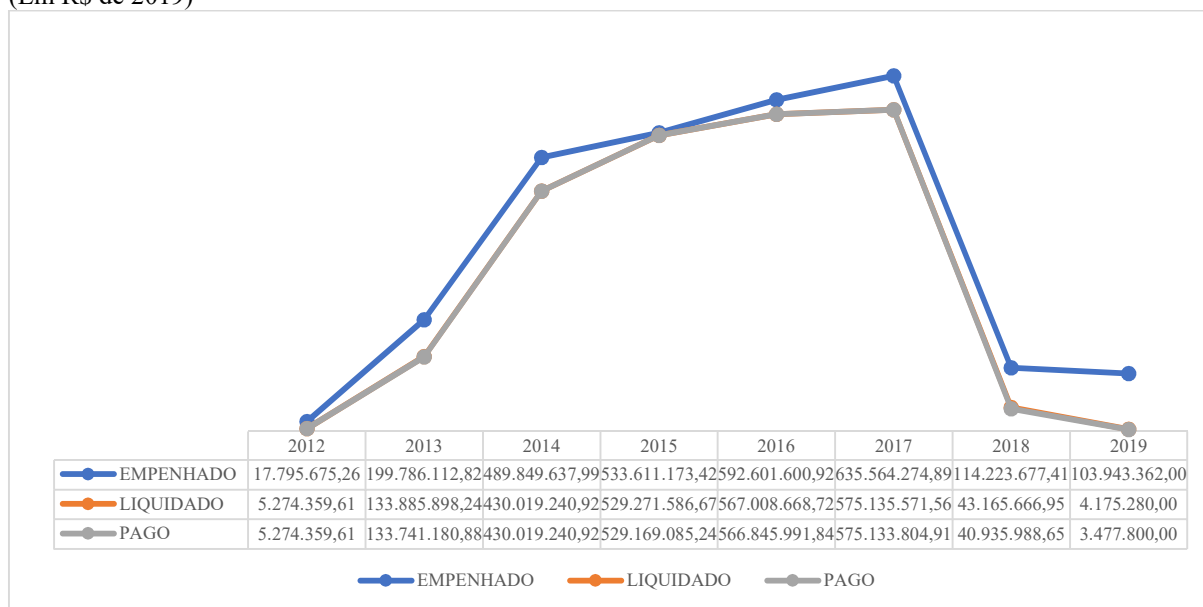
- e) *Aplicação da metodologia de avaliação e análise dos resultados*: as informações relativas à caracterização do público-alvo, à mensuração da execução orçamentário-financeira pelo Governo Federal e ao cumprimento das metas estabelecidas para o eixo foram analisadas e interpretadas de forma quantitativa (ALVES, *et al*, 2010). Os seguintes indicadores foram utilizados: população beneficiada e cobertura do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN); cobertura da Triagem Auditiva Neonatal (TAN); número de beneficiados, quantidade de procedimentos e cobertura dos CER; quantidade de beneficiados e de procedimentos executados pelas oficinas ortopédicas; população beneficiada pela oferta de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME); número de concessões e de procedimentos efetuados; população beneficiada pelo atendimento nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e quantidade de procedimentos realizados.

Em relação à execução orçamentário-financeira, apresentam-se no Gráfico 1 os gastos do Ministério da Saúde (MS) com o PVSL por estágio da despesa⁴. Essa análise é importante para investigar o montante de recursos alocado ao programa e o nível de priorização de sua implementação ao longo do tempo. Para a despesa empenhada, percebe-se um crescimento considerável dos recursos entre os anos de 2012 e 2014, aproximadamente 2.650%. Este foi o período inicial de operacionalização do Plano, sendo o ano de 2014 o prazo inicial para o cumprimento das metas estabelecidas. De 2014 a 2017, o aumento dos recursos se manteve, porém, de forma menos robusta, em torno de 30%. Destaca-se o ano de 2017, onde houve a maior disponibilidade orçamentária-financeira do MS para o PVSL, no período investigado.

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

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

GRÁFICO 1 – Execução orçamentário-financeira do MS para ações do EAS- PVSL, segundo o estágio da despesa (2012 a 2019)
(Em R\$ de 2019)



Fonte: Senado Federal, SIGA Brasil

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

Elaboração própria.

Os valores de execução orçamentária informados pelo MS, a partir de solicitação registrada no Sistema Eletrônico de Informações ao Cidadão (e-SIC), são apresentados na Tabela 1. Esses dados foram solicitados com o objetivo de se obter detalhamento sobre a execução-orçamentária e financeira do MS, que não se consegue por meio dos sistemas de informação consultados.

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

TABELA 1 – Dados de execução das ações orçamentárias referentes à atenção à saúde da PcD, segundo o estágio da despesa, informados pelo MS (2012 a 2014)
(Em R\$ de 2019)

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

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

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

Elaboração própria.

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

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

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

Quanto à execução das metas físicas, elas foram previstas para o PVSL, inicialmente, a partir de sua instituição em 2011 até 2014. Os compromissos do MS com o Plano continuaram em vigência após esse período, tendo sido estabelecidas novas metas para o EAS-PVSL no Plano Plurianual (PPA) 2016-2019 (BRASIL, 2016). Na Tabela 2, apresenta-se a execução das metas físicas do EAS-PVSL, tendo por fonte de informação os relatórios de gestão das secretarias do MS. Observa-se que até 2014, das 14 metas descritas, oito delas foram atingidas. Destas, seis foram superadas em mais de 100%, como por exemplo a implantação de oficinas ortopédicas fixas, que apresentou um total de execução de 400%. No que se refere às metas não alcançadas, cabe destacar aquelas com percentuais inferiores a 50%. O total de maternidades equipadas para a TAN apresentou apenas 22,3% de realização. Já as implantações de oficinas ortopédicas itinerantes, terrestres e fluviais, foram as únicas com nenhum percentual de execução, 0% cada.

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

Ainda na Tabela 2, considerando as metas adicionais do PPA 2016-2019, nota-se que até 2019, das seis metas estabelecidas, apenas duas foram alcançadas. A implantação de 98 CER, com um percentual de alcance de 117,3%, e a oferta de 98 novos veículos adaptados acessíveis para transporte de PcD, 193,8%. A ampliação do acesso à TAN por meio da equipagem de 737 maternidades apresentou o menor percentual de alcance entre as metas adicionais, apenas 11%. Para a adesão de 400 CEO à Rede de Cuidados à PcD, implantação de 50 oficinas ortopédicas e publicação de 10 novas Diretrizes de Atenção à Saúde da PcD observaram-se percentuais de 25,25%, 40% e 50%, respectivamente. O não atingimento de metas importantes revela limitações na implementação do EAS-PVSL e é preocupante considerando a necessidade de ampliação dos serviços voltados às PcD.



TABELA 2 – Execução das metas físicas do EAS previstas no PVSL, segundo os relatórios de gestão das secretarias do MS (2012 a 2019)

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

(continua)



TABELA 2 – Execução das metas físicas do EAS previstas no PVSL, segundo os relatórios de gestão das secretarias do MS (2012 a 2019)

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

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

Elaboração própria.

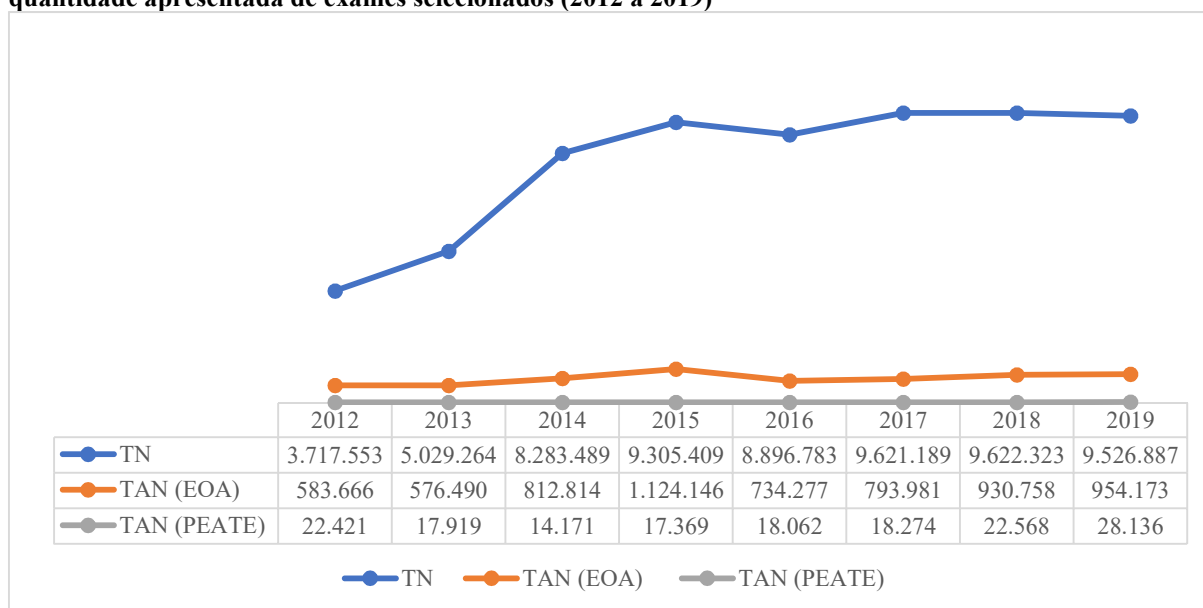
Problemas relacionados à capacidade técnica de muitos gestores para a efetuação de convênios, o pouco conhecimento da CGSPD para o desenvolvimento de atas de registros de preços e a falta de experiência do próprio MS para contratação e licitação de equipamentos para as oficinas itinerantes foram citados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

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

Em relação aos resultados alcançados, analisou-se inicialmente a evolução na oferta de serviços de saúde e de equipamentos. No Gráfico 2, apresenta-se a produção ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS) para exames de Triagem Neonatal (TN) / Teste do Pezinho e TAN / Teste da Orelhinha. A depender do protocolo utilizado, a TAN pode ser realizada por meio das Emissões Otoacústicas (EOA) e do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE). Sendo este último mais aplicado para pacientes com Indicação de Risco para Deficiência Auditiva (IRDA) (LEWIS *et al.*, 2010).

Verifica-se que as diferenças na quantidade desses procedimentos são grandes no período analisado. A TN apresentou um aumento significativo, próximo de 122,8% de 2012 até 2014 e de 156,3% entre 2012 e 2019. Enquanto a TAN por EOA e PEATE, embora tenha registrado algum crescimento, chegou a valores perto de 36,4% e 62,1%, respectivamente. O cenário fica ainda mais complicado quando se observam os exames da TAN de forma isolada. Nos períodos de 2012 até 2014 e de 2012 até 2019, a TAN por EOA foi ampliada em torno de 39,2% e 63,5%, nesta ordem. Já por PEATE houve diminuição aproximada de 36,8% até 2014 e expansão de 25,5% até 2019.

GRÁFICO 2 – Produção ambulatorial do SUS em nível nacional, por local de residência, segundo a quantidade apresentada de exames selecionados (2012 a 2019)



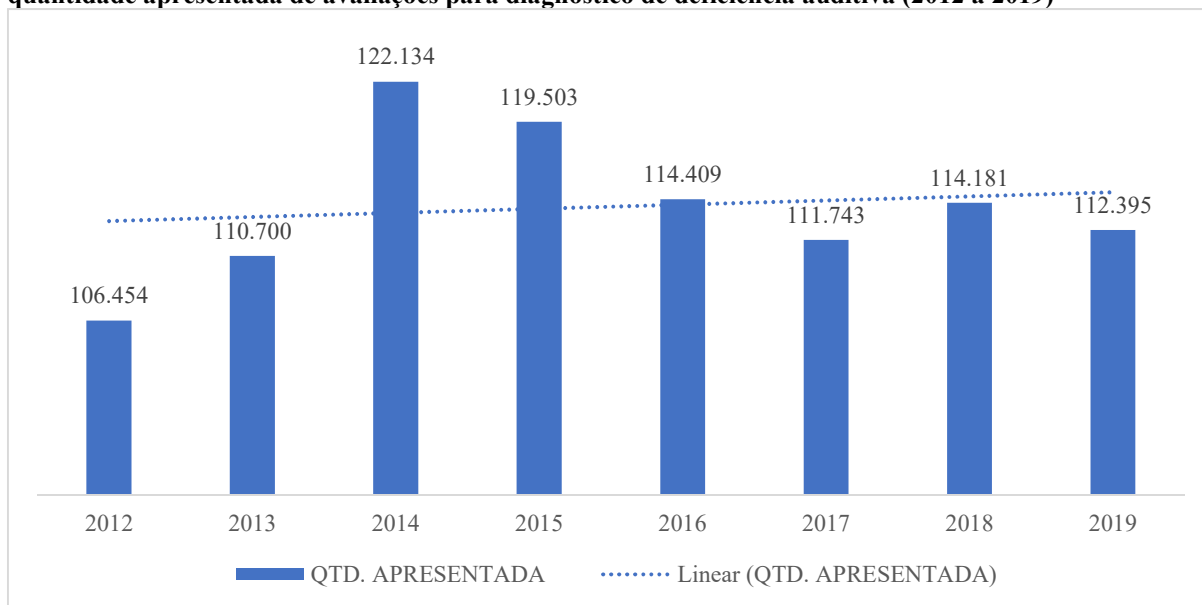
Fonte: MS, SIASUS

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

Elaboração própria.

Na sequência, o Gráfico 3 demonstra a produção ambulatorial do SUS, segundo a quantidade apresentada de avaliações para o diagnóstico da deficiência auditiva. Nota-se que houve um crescimento por volta de 14,8% dessas avaliações de 2012 até 2014 e de 5,6% de 2012 até 2019. Porém a partir de 2014 houve redução média de 8% em relação a 2019, o que pode representar que há, em alguma medida, dificuldades no acesso ao diagnóstico das PcD auditiva.

GRÁFICO 3 – Produção ambulatorial do SUS em nível nacional, por local de residência, segundo a quantidade apresentada de avaliações para diagnóstico de deficiência auditiva (2012 a 2019)

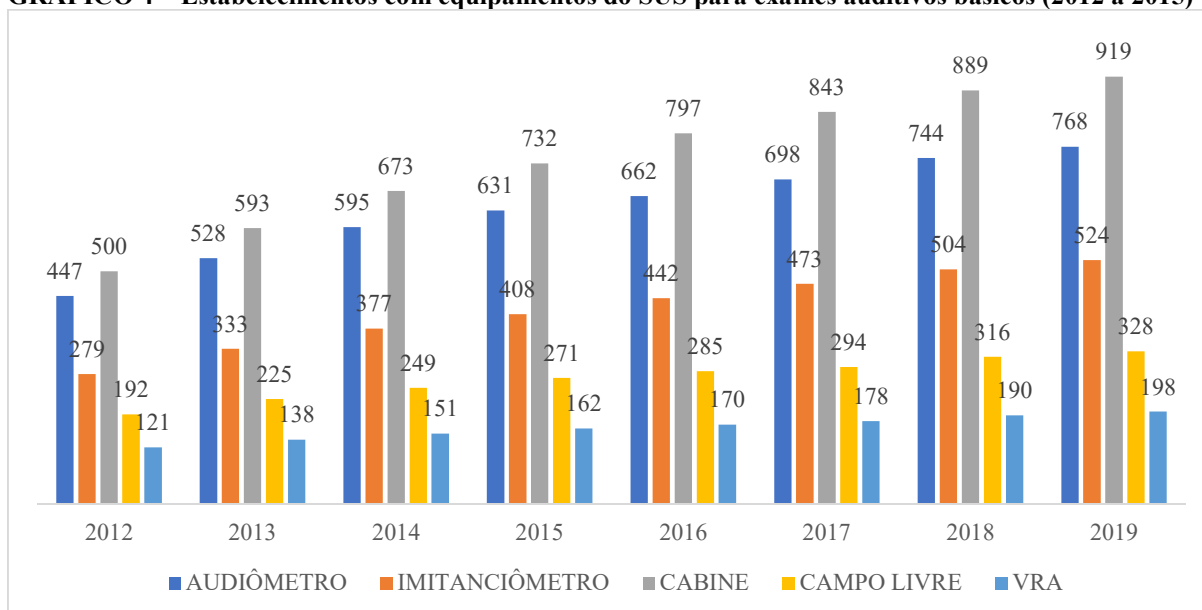


Fonte: MS, SIASUS

Elaboração própria.

A seguir, no Gráfico 4, apresenta-se o número de estabelecimentos com equipamentos SUS para exames auditivos básicos. Houve crescimento na quantidade de equipamentos do SUS para o diagnóstico da deficiência auditiva, em torno de 72% para audiômetro, 88% para imitanciômetro, 83% para cabine acústica, 71% para sistema de campo livre e 64% para sistema completo de *Visual Reinforcement Audiometry* (VRA).

GRÁFICO 4 – Estabelecimentos com equipamentos do SUS para exames auditivos básicos (2012 a 2015)



Fonte: MS, CNES

Elaboração própria.

Apesar do crescimento significativo dos recursos voltados para o diagnóstico e reabilitação da PcD auditiva, aparentemente, o acesso para a realização de exames não acompanhou esse aumento. Esses dados demonstram fragilidades para cumprimento das garantias preconizadas pelo PVSL e pela Diretriz de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal.

A seguir, o Quadro 1 apresenta os resultados alcançados do EAS-PVSL no período de 2013 a 2019, segundo a fonte de dados. O Plano foi instituído em dezembro de 2011, começou a ser operacionalizado em 2012 e, em princípio, foram desempenhadas ações voltadas à implementação de Políticas de Atenção à Saúde da PcD. Por isso, não foram incluídos os resultados alcançados em 2012.

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

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

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

Quanto à população beneficiada pela rede, pode-se dizer que, entre 2013 e 2017, houve redução de quase 30,8% no número de beneficiados em 2017 em relação a 2013. Após a apresentação de todos esses dados e retomando a sequência de perguntas que conduziram essa avaliação de resultados, afirma-se que, boa parte dos objetivos planejados para o EAS-PVSL,

em especial, aqueles relacionados à saúde auditiva, não foram alcançados. As implicações desse vazio assistencial para as PcD, sobretudo, as PcD auditiva são imensas, como mencionado no decorrer do texto. Elas reforçam a vulnerabilidade e marginalização social desse público-alvo.



QUADRO 1 – Resultados alcançados do EAS-PVSL, segundo a fonte de dados (2013 a 2019)

RESULTADOS IMEDIATOS ESPERADOS	INDICADORES	RESULTADOS ALCANÇADOS							FONTE
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
1. Deficiências identificadas e tratadas precocemente.	• População beneficiada e cobertura do PNTN.	545.488 RN vivos beneficiados.	Cobertura de 80,8% dos RN vivos.	Cobertura de 84,9% dos RN vivos.	Cobertura de 83,57% dos RN vivos.	Cobertura de 85,80% de RN vivos.	Cobertura de 83,83% de RN vivos.	Não identificado.	Relatórios anuais de gestão SAS (2013 a 2017) e das secretarias do MS (2018 e 2019). <i>*Relatório anual de avaliação do PPA (ano-base 2017).</i>
	• Cobertura da TAN.	Não identificado.	Cobertura de 24% dos RN vivos.	Cobertura de 29% dos RN vivos.	Cobertura de 30,37% dos RN vivos.	<i>*Cobertura de 30,7%.</i>	Não identificado.	Não identificado.	
2. Atendimento ampliado de PcD em CER.	• N° de beneficiados, quant. de procedimentos e cobertura dos CER.	708.428 beneficiados (mesmos dos veículos adaptados).	11.162.505 procedimentos de reabilitação.	11.749.116 procedimentos de reabilitação.	9.449.087 procedimentos de reabilitação.	<i>*Cobertura de 28,3%.</i>	Não identificado.	Não identificado.	
3. Acesso ampliado de PcD à órteses e próteses.	• Quant. de beneficiados e de procedimentos executados pelas oficinas ortopédicas.	50.400 pessoas beneficiadas.	322.069 procedimentos.	329.508 procedimentos.	97.763 procedimentos.	Não identificado.	Não identificado.	Não identificado.	
	• População beneficiada pela oferta de OPME, n° de concessões e de procedimentos efetuados.	247.000 pessoas beneficiadas (222.300 cadeirantes e 24.700 PcD auditiva).	4.056.040 concessões e 39.823 procedimentos.	3.446.795 concessões e 31.819 procedimentos.	4.237.059 concessões e 37.409 procedimentos.	Não identificado.	Não identificado.	Não identificado.	
4. Atendimento ampliado das PcD às ações de	• População beneficiada pelo atendimento	3 milhões de beneficiados.	381.055 procedimentos.	Não identificado.	Não identificado.	Não identificado.	Não identificado.	Não identificado.	



RESULTADOS IMEDIATOS ESPERADOS	INDICADORES	RESULTADOS ALCANÇADOS							FONTE
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
atenção odontológica.	nos CEO e quant. de procedimentos realizados.								
**POPULAÇÃO BENEFICIADA PELA REDE		4.551.316 milhões	3.034.964 milhões	3.155.159 milhões	3.297.325 milhões	3.150.000 milhões	Não identificado	Não identificado	

Nota: **Quantidade anual informada nos relatórios.

Elaboração própria, 2021.

Retomando-se as perguntas da avaliação, tem-se que:

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

As respostas para essas perguntas são:

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

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

O PVSL é uma notável política de inclusão social das PcD. No entanto, embora tenham sido identificados avanços para a garantia do direito à saúde das PcD, em especial, as PcD



auditiva, os resultados alcançados foram insuficientes para promovê-la. Existem inúmeras lacunas e desafios a serem enfrentados, começando pelo diagnóstico adequado da perda auditiva. Desse modo, faz-se necessário um debate abrangente a respeito da saúde da PcD no Brasil, especialmente das PcD auditiva, a fim de efetivar os direitos sociais instituídos.

3. RECOMENDAÇÕES

Diante das evidências apresentadas, em relação à implementação do EAS-PVSL, é urgente que ele seja fortalecido, considerando que legalmente o programa continua vigente. Os recursos orçamentários-financeiros para esse eixo precisam ser ampliados e as metas físicas reformuladas. Sobretudo no atual contexto sanitário da pandemia de COVID-19, no qual se imagina que os efeitos da pandemia sobre as PcD podem ser enormes, embora totalmente desconhecidos.

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

O presente estudo buscou realizar uma avaliação de resultados do EAS-PVSL. Logo, não é possível, a partir dos resultados encontrados, proferir conclusões a respeito do impacto das metas avaliadas sobre o público-alvo da pesquisa. Aconselha-se a realização de estudos que busquem relacionar de que forma o cumprimento das metas estabelecidas impactou o acesso à saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida das PcD.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. K. A.; NATAL, S.; FELISBERTO, E.; SAMICO, I. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 89-107.

BRASIL. **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011**. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO



_____. **Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência: Plano Viver sem Limite (PVSL)**, 2013.

_____. **Lei nº 13.249, de 13 de janeiro de 2016**. Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2016 a 2019. Brasília: Presidência da República, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. **Triagem Neonatal Biológica: Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

_____. **Portaria de Consolidação nº 2, de 3 de outubro de 2017**. Anexo XIII. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Origem: PRT MS/GM 1060/2002). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. **Avaliação de Políticas Públicas: guia prático de análise *ex post***, volume 2. Casa Civil da Presidência da República e IPEA, Brasília, 2018.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2010. (Nota Técnica n. 6).

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

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

_____. **Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. (Nota Técnica n. 1).

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: ciclos de vida Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. LEWIS, D. R. *et al.* Comitê multiprofissional em saúde auditiva COMUSA. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology [internet]**, 76, n. 1, p. 121-128, 2010.

LOPES, B.; AMARAL, J. N.; CALDAS, R. W. **Políticas Públicas: conceitos e práticas**. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008.

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

RUA, M. G. **Políticas Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, CAPES, 2009.

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



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO

CCSA
CENTRO DE CIÊNCIAS
SOCIAIS APLICADAS



SANTOS, R. P. Há perigo na esquina: reflexões sobre a deficiência e políticas públicas. **Jornal da USP [internet]**, São Paulo, 2020.

TCU - TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório de políticas e programas de governo: Plano Viver sem Limite**. Brasília: TCU, 2017.

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

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

VIEIRA, F. S. Gasto federal com políticas sociais e os determinantes sociais da saúde: para onde caminhamos? **Saúde em debate [internet]**, 44, n. 27, p. 947-961, 2020a.

VIEIRA, F. S. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. **Revista de Saúde Pública [internet]**, 54, n. 127, p. 1-12, 2020b.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease**. Geneva; 1993.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION; THE WORLD BANK. **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: Tradução Lexicus Serviços Linguísticos, 2012.