



Audiology - Communication Research

ISSN: 2317-6431

Academia Brasileira de Audiologia

Thomazi, Ângelo Brignol de Oliveira; Gonçalves, Maiara Santos; Fedosse, Elenir
Saúde auditiva nas Coordenadorias Regionais de Saúde do estado
do Rio Grande do Sul: regulação de acesso, desafios e perspectivas
Audiology - Communication Research, vol. 27, e2590, 2022
Academia Brasileira de Audiologia

DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2021-2590>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=391569852011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

UABM [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Saúde auditiva nas Coordenadorias Regionais de Saúde do estado do Rio Grande do Sul: regulação de acesso, desafios e perspectivas

Hearing health care in the Regional Health Coordinating Bodies in Rio Grande do Sul: access regulation, challenges, and perspectives

Ângelo Brignol de Oliveira Thomazi¹ , Maiara Santos Gonçalves² , Elenir Fedosse³ 

RESUMO

Objetivo: compreender a dinâmica da regulação de acesso, os desafios e as perspectivas da atuação das Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul (CRS/RS) em saúde auditiva. **Métodos:** estudo exploratório, transversal, de natureza censitária e análise descritiva. Envolveu os responsáveis pela regulação dos procedimentos de saúde auditiva nas CRS/RS, entrevistados quanto à formação profissional, identificação dos procedimentos disponíveis e respectiva oferta, sistemática da regulação de acesso e outras ações em saúde auditiva. **Resultados:** participaram 15 profissionais, todas mulheres, de 16 das 18 CRS/RS existentes, entre 30 e 47 anos de idade: 13 fonoaudiólogas e duas fisioterapeutas, graduadas entre 1997 e 2012; 13 possuíam pós-graduação. Sobre a regulação nas CRS/RS, 13 utilizavam o Sistema Nacional de Regulação e três a realizavam manualmente; 12 utilizavam o protocolo disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde/RS; dez CRS/RS regulavam procedimentos de Triagem Auditiva Neonatal e 16, de avaliação e diagnóstico, bem como de reabilitação. Verificou-se demanda reprimida para todos os procedimentos (maior para reabilitação auditiva) em 12 CRS/RS. Todas as CRS/RS realizavam uma ou mais ações promotoras da saúde auditiva, como vigilância, apoio matricial e atividades de educação em saúde. **Conclusão:** a regulação de acesso em saúde auditiva é realizada de forma qualificada na maioria das CRS/RS. A oferta de procedimentos é insuficiente, sobretudo em reabilitação auditiva, que implica exclusiva atuação fonoaudiológica por meio de tecnologias leves e leve-duras.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Regionalização da saúde; Política pública de saúde; Audição; Pessoas com deficiência auditiva

ABSTRACT

Purpose: To understand the dynamics of access regulation, the challenges, and perspectives of the performance of the Regional Health Coordinating Bodies of Rio Grande do Sul (RHCB/RS) in hearing health care. **Methods:** This is an exploratory, cross-sectional, census study and the analysis is descriptive. It involved those responsible for the regulation of hearing health care procedures in RHCB/RS, interviewed about professional training, identification of available procedures and their respective offer, access regulation systematics, and other actions in hearing health care. **Results:** 15 professionals participated, all were women, from 16 of the 18 existing RHCB/RS, aged between 30 and 47; 13 speech-language pathologists and audiologists and two physiotherapists, who graduated between 1997 and 2012; and 13 had post-graduate degrees. Regarding regulation in RHCB/RS, 13 used the National Regulation System and three performed it manually; 12 used the protocol provided by the State Health Department/RS; ten RHCB/RS regulated procedures for Neonatal Hearing Screening and 16 for assessment and diagnosis, as well as auditory rehabilitation. There is a repressed demand for all procedures (greater for auditory rehabilitation) in 12 RHCB/RS. All RHCB/RS performed one or more actions to promote hearing health care such as surveillance, matrix support, and health education. **Conclusion:** The access regulation in hearing health care is performed in a qualified way in most RHCB/RS; the offer of procedures is insufficient, especially in auditory rehabilitation, which includes exclusive speech-language pathologists and audiologists' performance through soft and soft-hard technologies.

Keywords: Unified Health System; Regional health planning; Public health policy; Hearing; Persons with hearing impairments

Trabalho realizado no Curso de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.

¹Curso de Fonoaudiologia, Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.

²4ª Coordenadoria Regional de Saúde – 4ª CRS – Santa Maria (RS), Brasil.

³Curso de Fonoaudiologia, Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

Conflito de interesses: Não.

Contribuição dos autores: ABOT participou da idealização do estudo, aquisição, análise e interpretação dos dados e elaboração do artigo; MSG participou da idealização do estudo, análise e interpretação dos resultados e elaboração do artigo; EF participou, como orientadora, da idealização do estudo, análise e interpretação dos dados e elaboração do artigo.

Financiamento: Nada a declarar.

Autor correspondente: Ângelo Brignol de Oliveira Thomazi. E-mail: angelobthomazi@hotmail.com

Recebido: Outubro 20, 2021; **Aceito:** Janeiro 18, 2022

INTRODUÇÃO

A cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) abrange os mais de 213 milhões de habitantes do Brasil; quase 11,5 milhões se encontram no estado do Rio Grande do Sul (RS)⁽¹⁾. Tal cobertura tem sido possibilitada, em grande parte, pela implantação e efetivação de uma das diretrizes operacionais do SUS - a regionalização -, responsável por descentralizar a gestão (por parte dos estados e municípios) e os serviços de saúde e, assim, minimizar os efeitos das desigualdades sociais territoriais⁽²⁾.

O processo de descentralização no RS começou no ano de 1999, com o estabelecimento de 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS/RS) - instâncias administrativas da Secretaria Estadual da Saúde do RS (SES/RS)⁽³⁾, responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde em determinado território⁽⁴⁾. Atualmente, o RS está dividido político-administrativamente em 18 CRS, que têm o objetivo de apoiar tecnicamente os sistemas locais e regionais de saúde de 30 regiões de saúde, organizadas em sete macrorregiões, que são a base para o planejamento em saúde. As macrorregiões são: Metropolitana (1ª e 18ª CRS), Norte (2ª, 6ª, 11ª e 15ª CRS), Sul (3ª e 7ª CRS), Centro-Oeste (4ª e 10ª CRS), Serra (5ª CRS), Vales (8ª, 13ª e 16ª CRS) e Missioneira (9ª, 12ª, 14ª e 17ª CRS)⁽⁵⁾.

Por meio das CRS/RS, são viabilizadas as políticas públicas do SUS na região, que se apresentam como respostas às demandas da população e, por isso, estão em constante transformação e aperfeiçoamento, envolvendo, cada vez mais, diferentes profissionais da saúde⁽⁶⁾ e com diferentes atribuições, dentre elas, a regulação de acesso à saúde. A regulação de acesso busca atender aos princípios e diretrizes do SUS e, principalmente, o tempo oportuno de acesso dos usuários aos serviços de saúde⁽⁷⁾.

A Portaria GM/MS nº 1.559/2008 instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS⁽⁸⁾, sendo atualmente regida pela Portaria de Consolidação nº 2/2017, Anexo XXVI (Política Nacional de Regulação do SUS)⁽⁹⁾. Defende-se que a regulação de acesso deva ser realizada por profissionais com conhecimento técnico-científico sobre as políticas públicas, respectivas ações e procedimentos. É, portanto, a partir de uma regulação efetiva que se pode aprimorar a condição de oferta. Assim, neste estudo, perguntou-se: “Como tem sido a regulação em relação à saúde auditiva, um campo de intervenção que inclui, sobremaneira, a atuação fonoaudiológica?”.

O cuidado em saúde auditiva teve início a partir da implantação da Portaria GM/MS nº 1.278/1999, referente ao implante coclear. Foi revogada pela Portaria GM/MS nº 2.776/2014⁽¹⁰⁾, que incorporou procedimentos para a atenção especializada às pessoas com deficiência auditiva. Em 2004, a reabilitação auditiva foi normatizada pelas Portarias GM/MS nº 2073/2004, SAS/MS nº 587 e SAS/MS nº 589/2004, que instituíram a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) e as Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. Posteriormente, a Portaria GM/MS nº 793/2012 instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)⁽¹¹⁾, precedida pelo Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite⁽¹²⁾ – que já visava garantir atenção humanizada e centrada nas necessidades de cada usuário. Atualmente, o cuidado à saúde auditiva, no âmbito do SUS, é regulamentado pela Portaria de Consolidação nº 2/2017, Anexo XIII (Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência)⁽⁹⁾ e pela Portaria de Consolidação nº 3/2017, Anexo VI (RCPD)⁽¹³⁾.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi compreender a dinâmica da regulação de acesso, os desafios e as perspectivas da atuação das CRS/RS em saúde auditiva.

MÉTODOS

Este estudo foi do tipo exploratório, com delineamento transversal e de natureza censitária. Seguiu as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466/2012), que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos. Foi aprovada pelo Departamento de Gestão da Atenção Especializada da SES/RS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria – CEP/UFSM, sob parecer número 4.313.572. A adesão dos participantes se deu por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A população foi composta pelos profissionais responsáveis pela regulação de acesso aos procedimentos de saúde auditiva das CRS/RS, sendo incluídos aqueles que participaram de todas as fases do estudo. Foram excluídos os profissionais das CRS/RS cujos prestadores de referência dos procedimentos auditivos encontravam-se em municípios com gestão plena do sistema de saúde e, por isso, a regulação de acesso não era realizada pela CRS/RS e sim pelo próprio município.

A pesquisa foi realizada por meio da análise de dados obtidos em entrevista e aplicação de um questionário junto aos profissionais, durante o segundo semestre do ano de 2020 e o primeiro semestre de 2021. A coleta de dados ocorreu em ambiente virtual, via plataforma *Google Meet*, entre o pesquisador, que se pautou em questões semiestruturadas (Anexo 1), e o participante que as respondeu de acordo com sua rotina de trabalho.

A coleta de dados ocorreu em duas fases: fase 1 – momento em que se questionou sobre a formação profissional do participante e o tempo de atuação junto à regulação de procedimentos de saúde auditiva. No final desta fase, foi entregue um questionário que orientaria a próxima. Na fase 2, aplicou-se o questionário que buscou identificar os procedimentos disponíveis e suas ofertas na CRS, bem como a descrição da sistemática da regulação de acesso e das ações desenvolvidas em saúde auditiva.

Para respeitar o anonimato dos participantes e, também, das CRS/RS, optou-se por identificá-las por letras e de acordo com a ordem de ocorrência das entrevistas. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva (média, desvio padrão, frequência e percentual) e por categorias, estabelecidas pelos autores, das ações promotoras em saúde auditiva referidas pelos participantes.

RESULTADOS

Foram entrevistados 15 profissionais, todas mulheres, representando 16 (88,88%) das CRS/RS. Convém esclarecer que uma das participantes era responsável pela regulação de procedimentos de saúde auditiva em duas CRS/RS de uma mesma macrorregião e, por isso, foi entrevistada em momentos diferentes. Quanto às profissionais das duas CRS/RS que não participaram, uma foi por critério de exclusão (o prestador de referência se encontra no município com gestão plena da saúde) e a outra, por recusa do convite.

Os resultados foram organizados de modo a explicitar a caracterização dos participantes, a sistemática de regulação de acesso, os procedimentos ofertados, a caracterização das CRS/RS, a oferta de vagas e a demanda reprimida, bem como as ações promotoras em saúde auditiva. Os dados de caracterização profissional dos participantes estão apresentados na Tabela 1.

Conforme referido, todos os participantes eram do gênero feminino, doravante denominados neste gênero, entre 30 e 47 anos (média de idade = 35,44; desvio padrão = $\pm 5,32$) e graduaram-se entre 1997 e 2012. Quanto à pós-graduação, 12 (80%) tinham especialização, 3 (20%) mestrado e 2 (13,33%), doutorado. Das pós-graduadas, 5 (33,33%) realizaram na área de Saúde Coletiva e após a entrada no cargo, 4 (26,66%) em Audiologia, 2 (13,33%), em Fonoaudiologia, 2 (13,33%) em Educação, 2 (13,33%) em Motricidade Orofacial, uma (6,66%) em Linguagem, uma (6,66%) em Fisioterapia e uma (6,66%) em Oncologia.

A respeito da lotação das entrevistadas, reafirma-se que uma fonoaudióloga atua na regulação de acesso de competência administrativa de duas CRS/RS que integram uma macrorregião. Convém ressaltar que nenhuma das entrevistadas recebeu capacitação prévia ao início das atividades nas CRS/RS. No entanto, referiram o suporte recebido da SES/RS para o desenvolvimento de suas atividades, em especial, o apoio da Coordenação Estadual da RCPD. Destaca-se que, nos últimos anos, a SES/RS tem disponibilizado o que denomina de “capacitações e encontros técnicos”, voltados aos trabalhadores do SUS e que ainda não podem ser caracterizados como Educação Permanente em Saúde (EPS)⁽¹³⁾. Esse fato mostra, por um lado, a preocupação da SES/RS em apoiar os trabalhadores - incluindo as CRS/RS - e, por outro lado, não retira a possibilidade de os trabalhadores das CRS/RS demandarem EPS, sobretudo quanto à regulação, o que de fato qualificaria significativamente o processo de trabalho e, consequentemente, a repercussão nos territórios assistidos pelas CRS/RS.

Quanto aos procedimentos disponíveis para a saúde auditiva, os resultados revelaram as fases da linha de cuidado⁽¹³⁾, distribuídas

em três grupos: Grupo 1 - Triagem Auditiva Neonatal (emissões otoacústicas e potencial evocado acústico de tronco encefálico para triagem); Grupo 2 - avaliação e diagnóstico (audiometria, imitanciométrica, potencial evocado acústico de tronco encefálico para diagnóstico, testes de processamento auditivo e testes vestibulares) e Grupo 3 - reabilitação auditiva (aparelho de amplificação sonora individual, sistema de frequência modulada pessoal, implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso).

Todas as CRS/RS disponibilizavam, por meio de seus prestadores de referência, os três grupos de procedimentos. Entretanto, nem todos os procedimentos tinham os respectivos acessos regulados por elas. As informações detalhadas sobre as formas de regulação de acesso e os procedimentos regulados pelas CRS/RS estão demonstrados na Tabela 2.

Sobre a sistemática da regulação de acesso, 13 (81,25%) CRS/RS referiram utilizar o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), enquanto 3 (18,75%), CRS/RS B, C e M, indicaram realizá-la manualmente, por meio de planilhas.

Como apoio no processo de regulação, 12 (75%) participantes referiram que se guiavam pelo Protocolo de Regulação de Acesso à Atenção Especializada da Secretaria Estadual de Saúde do estado do Rio Grande do Sul (Schuller, Gonçalves e Fabrício, no prelo), disponibilizado em 2020 pela SES/RS, enquanto 4 (25%), CRS/RS B, F, M e P, não utilizavam o protocolo sugerido e referiram que seguiam critérios próprios estabelecidos com base em seus conhecimentos teórico-práticos. A não utilização do protocolo implica dificuldade de padronizar e classificar o risco no estado, porém, as CRS/RS que não o utilizam alegaram a recente disponibilização como justificativa para que aconteça sua implementação. Notou-se que as duas CRS/RS em que a regulação de acesso era realizada por fisioterapeutas (profissionais sem formação em saúde auditiva), utilizavam o referido protocolo.

Dos procedimentos, 10 (62,5%) CRS/RS regulavam o acesso do Grupo 1, enquanto, nas outras 6 (37,5%), a regulação era realizada pelas Secretarias Municipais de Saúde; 16 (100%)

Tabela 1. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto à formação profissional (n=15)

Variáveis	N	%
Graduação		
Fonoaudiologia	13	86,66
Fisioterapia	2	13,33
Década de conclusão		
Década de 1990	2	13,33
Década de 2000	5	33,33
Década de 2010	8	53,33
Pós-graduação		
Sim	13	86,66
Não	2	13,33

Legenda: N = número de participantes; % = porcentagem correspondente

Tabela 2. Caracterização da regulação de acesso quanto ao número de Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul por grupos de procedimentos (n=16)

Variáveis	CRS/RS (N)	%
Procedimentos G1 regulados	10	62,50
Procedimentos G2 regulados	16	100,00
Procedimentos G3 regulados	16	100,00
SISREG	13	81,25
Protocolo SES/RS	12	75,00

Legenda: CRS/RS = Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul; N = número de coordenadorias; % = percentual correspondente; G1 = Grupo 1 (Triagem Auditiva Neonatal - emissões otoacústicas e potencial evocado acústico de tronco encefálico para triagem); G2 = Grupo 2 (avaliação e diagnóstico - audiometria, imitanciométrica, potencial evocado acústico de tronco encefálico para diagnóstico, testes de processamento auditivo e testes vestibulares); G3 = Grupo 3 (reabilitação auditiva - aparelho de amplificação sonora individual, sistema de frequência modulada pessoal, implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso); SISREG = Sistema Nacional de Regulação; SES/RS = Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

Tabela 3. Dados de número de habitantes, oferta de procedimento, demanda reprimida e percentual entre oferta e demanda reprimida por grupo de procedimento nas Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul

CRS/RS	Habitantes	Oferta G1	Fila G1	%	Oferta G2	Fila G2	%	Oferta G3	Fila G3	%
A	233.741	184	0	100,00	250	0	100,00	50	240	20,83
B	327.158	353	0	100,00	502	0	100,00	73	923	7,91
C	451.313	4	0	100,00	0	70	0,00	14	1.641	0,85
D	563.134	16	67	23,88	13	261	4,98	20	1.628	1,23
E	2.765.808	999	0	100,00	209	3.400	6,15	497	-	-
F	347.535	0	18	0,00	0	13	0,00	50	570	8,77
G	166.744	7	0	100,00	33	32	100,00	22	144	15,28
H	188.916	20	19	100,00	2	41	4,88	27	291	9,28
I	626.126	18	30	60,00	70	0	100,00	128	481	26,61
J	235.963	8	14	35,71	6	10	60,00	10	390	2,56
K	877.265	60	0	100,00	32	0	100,00	60	0	100,00
L	184.032	-	-	-	40	324	12,35	-	-	-
M	214.166	-	-	-	32	8	100,00	25	447	5,59
N	223.034	-	-	-	47	-	-	28	137	20,44
O	287.613	17	0	100,00	193	1	100,00	51	123	41,46
P	151.846	-	-	-	2	0	100,00	20	0	100,00

Legenda: CRS/RS = Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul; G1 = procedimentos Grupo 1 (Triagem Auditiva Neonatal - emissões otoacústicas e potencial evocado acústico de tronco encefálico para triagem); G2 = procedimentos Grupo 2 (avaliação e diagnóstico - audiometria, imitanciometria, potencial evocado acústico de tronco encefálico para diagnóstico, testes de processamento auditivo e testes vestibulares); G3 = procedimentos Grupo 3 (reabilitação auditiva - aparelho de amplificação sonora individual, sistema de frequência modulada pessoal, implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso); % = percentual entre oferta e demanda reprimida por grupo de procedimento

CRS/RS realizavam a regulação de acesso do Grupo 2 e do Grupo 3.

Os dados referentes à oferta de procedimentos, à demanda reprimida, ao comparativo entre o percentual de oferta e o de demanda reprimida para cada um dos três grupos de procedimentos, identificando-se o número de habitantes de cada uma das CRS/RS, estão apresentados na Tabela 3. Cabe esclarecer que o quantitativo da oferta mensal dos procedimentos disponíveis nas CRS/RS foi baseado na série histórica do ano de 2019, determinada pelo prestador de referência de cada CRS/RS.

Notou-se que, em um panorama, o Grupo 3 foi o que apresentou maior demanda reprimida. Observou-se, também, realidades diferentes entre as CRS/RS: a CRS/RS E e a CRS/RS L possuíam apenas uma fila para acesso aos Grupos 2 e 3, enquanto as demais possuíam duas filas independentes. No caso das últimas, foi considerado o quantitativo apenas no Grupo 2.

Inferiu-se que a oferta dos procedimentos do Grupo 1 na CRS/RS E pode desencadear a demanda reprimida presente nos Grupos 2 e 3 de procedimentos auditivos desta CRS/RS.

Ainda, as CRS/RS B, C e M, que não utilizavam o SISREG, apresentaram baixos índices de cobertura de oferta para o Grupo 3 (7,91%, 0,85% e 5,59%, respectivamente). Entretanto, a CRS/RS B apresentou cobertura total para os Grupos 1 e 2. A mesma cobertura foi evidenciada com relação à CRS/RS C para o Grupo 1, porém, esta não possuía oferta regulada para o Grupo 2. A CRS/RS M, que não regula os procedimentos do Grupo 1, apresentou oferta suficiente para os do Grupo 2.

Observou-se o percentual comparativo entre oferta e demanda reprimida de usuários de cada CRS/RS que acessam os procedimentos e constatou-se que, em relação à reabilitação auditiva, 12 (75%) CRS/RS possuíam oferta de vagas insuficiente para a demanda existente.

No que diz respeito à utilização do Protocolo de Regulação de Acesso à Atenção Especializada da Secretaria Estadual de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, 3 das CRS/RS que não o utilizam (B, F e M) apresentaram baixa cobertura de oferta -

7,91%, 8,77%, 5,59%, respectivamente -, para o Grupo 3, e a CRS/RS P não apresentou fila de espera. Para os Grupos 1 e 2, a CRS/RS B possuía ofertas suficientes, enquanto a CRS/RS F não as possuía. As CRS/RS M e P não regulavam o Grupo 1 e apresentavam cobertura total para os procedimentos do Grupo 2.

Quanto às ações promotoras em saúde auditiva, em 10 (62,5%) CRS/RS eram realizadas atividades de educação em saúde, em 13 (81,25%), apoio matricial e, em todas (100%), vigilância em saúde (Figura 1).

Verificou-se que, das ações educativas em saúde auditiva, predominaram as palestras. Das ações de apoio matricial, dominaram os encontros de capacitação/atualização profissional e, das ações de vigilância, os relatórios de monitoramento, próprios desse tipo de ação.

DISCUSSÃO

Estudo recente reforça a importância do cuidado em saúde auditiva⁽¹⁴⁾. Considera-se, também, a relevância de estudos sobre o acesso, os desafios e perspectivas da atenção à saúde auditiva, realizada nas CRS, como este, ora apresentado. Convém destacar que este estudo é pioneiro no que tange à regulação dos procedimentos em saúde auditiva desenvolvidos pelas CRS/RS e, assim, pode contribuir para aprimorar a gestão em nível local, estadual e nacional sobre a temática abordada.

Neste estudo, contou-se com uma população totalmente composta por mulheres, concordando com dados relacionados à feminização do trabalho em saúde⁽¹⁵⁾. Documento recente do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Ministério da Economia, Brasil, 2020) revelou que 70% dos trabalhadores da saúde são mulheres; na Fonoaudiologia, esse percentual ultrapassa 90%⁽¹⁶⁾. A desigualdade profissional entre gêneros e o fato de as mulheres desempenharem trabalhos socialmente

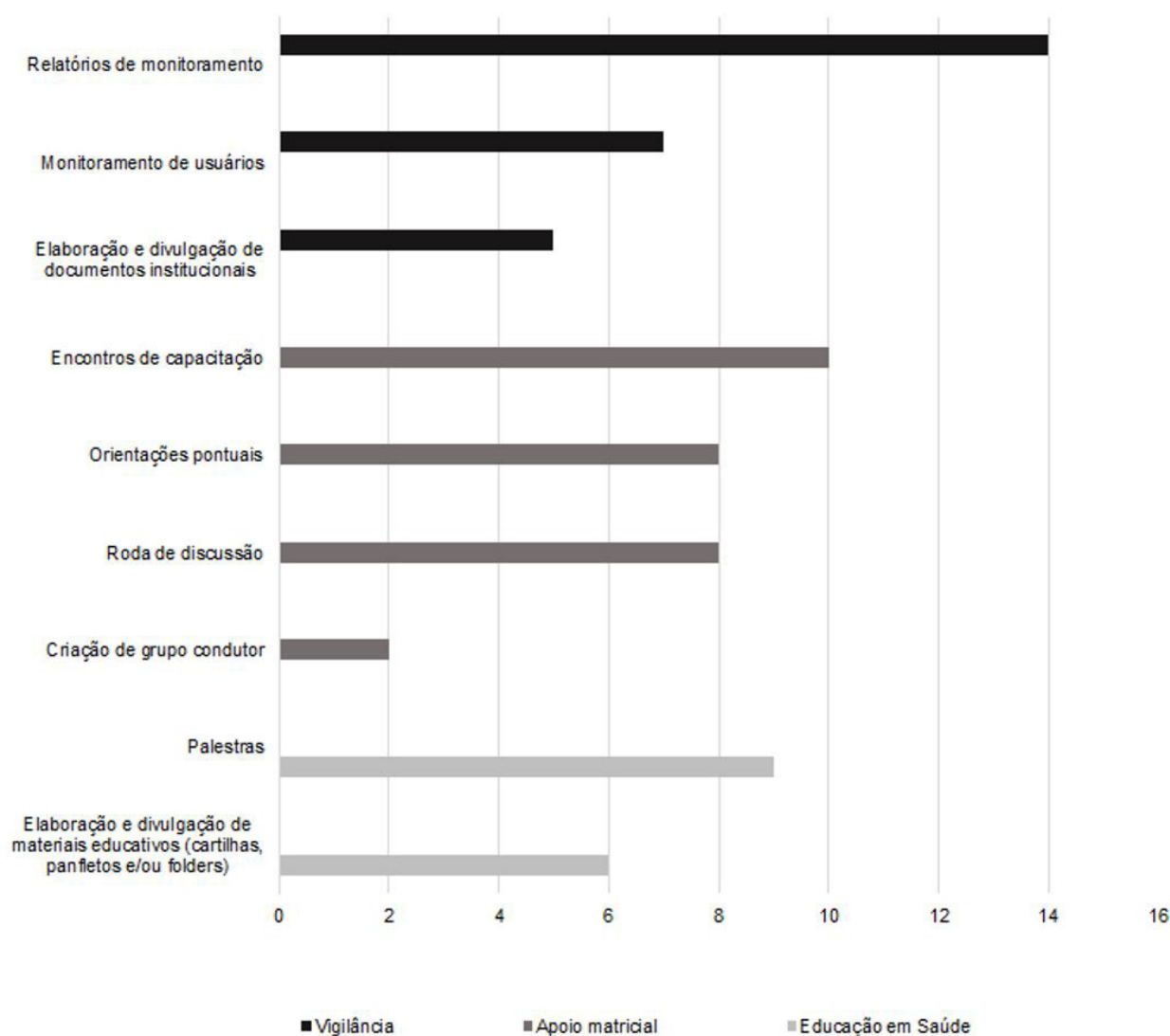


Figura 1. Ações em saúde auditiva nas Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul

atrelados ao cuidado e à assistência são comumente referidos, como, por exemplo, o estudo de Wermelinger et al.⁽¹⁷⁾.

Destaca-se a qualificação profissional das participantes deste estudo, já que a maioria das responsáveis pela regulação nas CRS/RS possuía graduação em Fonoaudiologia, ou seja, apresentavam conhecimento técnico-científico relacionado à saúde auditiva, aprimorado pela especialidade em Audiologia e Saúde Coletiva. Tal fato se configura como um pré-requisito importante para que a regulação de acesso seja feita de maneira ordenada, oportuna e racional, como apontam estudos nessa área^(18,19).

Ressalta-se que as portarias que normatizavam a saúde auditiva no SUS - PNASA e Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva - encontram-se atualmente incorporadas à RCPD⁽¹¹⁾ e, associadamente à expansão das políticas públicas, os profissionais da Fonoaudiologia têm podido difundir sua atuação em todos os níveis de atenção à saúde no SUS, sobretudo em espaços de gestão anteriormente pouco (ou não) ocupados⁽²⁰⁾.

A gestão de políticas públicas de saúde, como a regulação de acesso da RCPD, tem sido uma realidade. No entanto, o desenvolvimento de tal atividade implica dificuldades como,

por exemplo: escassez de autonomia orçamentária, financeira e técnico-administrativa; impasses para o aumento de recursos humanos; demora em processos licitatórios. Muitas vezes, essas dificuldades levam à centralização da gestão, fato que, por sua vez, prejudica o planejamento dos gestores⁽²¹⁾, especialmente daqueles que estão na esfera regional, como as participantes deste estudo, que entendem e conhecem a necessidade de saúde da população da sua região.

A regulação de acesso baliza a oferta e a demanda de ações por meio da avaliação e da classificação de risco e, por isso, é aconselhável a utilização de instrumentos que facilitem esse processo. O SISREG, utilizado pela maioria das CRS/RS, é considerado como a principal ferramenta para a regulação de acesso, pois, por meio dele, o regulador recebe, avalia, classifica o risco, encaminha e aprova as solicitações^(22,23). Considerando a importância da coleta de dados epidemiológicos a partir da utilização de sistemas informatizados, é fundamental a avaliação da qualidade da regulação nas três CRS/RS que não utilizam o SISREG, para verificar, além de outros aspectos, se há relação com a baixa cobertura nos procedimentos do Grupo 3.

Na realidade pesquisada neste estudo, identificou-se que o instrumento norteador e ordenador desse processo foi o Protocolo de Regulação de Acesso à Atenção Especializada da Secretaria Estadual de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, recentemente disponibilizado, que estabelece critérios de prioridade e classifica o risco da demanda do usuário, na perspectiva de atender ao princípio doutrinário de equidade do SUS e aportar melhorias na qualidade da regulação de acesso. Sabe-se que os protocolos são fundamentais para a ordenação dos fluxos de encaminhamentos, pois viabilizam a atenção integral aos usuários e orientam quanto à competência dos níveis de complexidade de atenção para que seja alcançada a resolubilidade em saúde⁽²⁴⁾.

A regulação de acesso aos procedimentos previstos na RCPD em tempo hábil para um cuidado integral foi um dos entraves identificados nas CRS/RS. Evidenciou-se desequilíbrio entre a relação de oferta de vagas e a necessidade dos usuários, ou seja, há demanda reprimida, em especial, no que se refere à reabilitação auditiva, apesar de indicadores apontarem que, nos últimos 30 anos, observava-se aumento na oferta de procedimentos no SUS⁽²⁵⁾.

O número de profissionais que atuam na regulação em saúde auditiva na RCPD, a oferta de procedimentos de avaliação, de diagnóstico e de reabilitação não são suficientes na maioria das CRS/RS. Esse desequilíbrio entre oferta e demanda, por mais que seja evidenciado pelas CRS/RS e discutido nos territórios, pelos controles sociais, depende de atenção aos dados epidemiológicos de cada região. Assim, utilizando-se o Protocolo de Regulação de Acesso à Atenção Especializada da Secretaria Estadual de Saúde do estado do Rio Grande do Sul podem-se estabelecer indicadores baseados na demanda reprimida (fila de espera estabelecida), na demanda mensal (número de usuários que ingressam às filas de espera) e no número de vagas ofertadas a partir da contratualização do estado com os prestadores de referência. Nesse sentido, este estudo revelou a necessidade de análise do perfil regional de cada procedimento regulado, a partir dos indicadores apontados, visando à relação equilibrada de oferta e demanda. Sabe-se que a reabilitação auditiva demanda tecnologias leves e leve-duras⁽²⁶⁾, o que implica a necessidade de profissionais da Fonoaudiologia nos diferentes níveis de atenção, desenvolvendo tecnologias leves (aquelas que priorizam as relações, os vínculos e a gestão de processos de trabalho) e as leve-duras (aquelas que exigem saberes específicos e bem estruturados)⁽²⁶⁾. As tecnologias em saúde proporcionam o cuidado, inclusive ao próprio profissional e suas estratégias⁽²⁷⁾.

Também ficou evidente que as ações de promoção em saúde auditiva são comuns nas CRS/RS. Vigilância e atividades educativas em saúde se caracterizam como ações potentes que ampliam e qualificam a regulação de procedimentos de saúde auditiva. O olhar mais especializado, possibilitado pelas ações acima referidas, viabiliza a identificação das diferenças e das especificidades dos territórios, respondendo à Política Nacional de Vigilância em Saúde⁽²⁸⁾. É da competência do SUS realizar ações de vigilância em saúde⁽²⁹⁾ e assistir diretamente aos usuários por meio de ações integradas, reabilitando e prevenindo agravos de saúde⁽²⁾. Paralelamente a essas ações, o apoio matricial, que se apresenta como retaguarda especializada para as equipes de referência⁽³⁰⁾, certamente contribui para maior qualificação dos profissionais, sobretudo os da Atenção Primária à Saúde (APS). Essas ações, em conjunto, repercutem na melhoria do acesso e da assistência.

Neste estudo foi constatado que as CRS/RS estavam empenhadas em efetivar a gestão do cuidado em saúde auditiva, conforme prevista pela RCPD, envolvidas, portanto, em proporcionar maior proximidade entre os municípios das regiões de saúde, valorizando a descentralização da linha de cuidado e buscando favorecer a atenção humanizada no cuidado às pessoas com deficiência⁽¹¹⁾.

A continuidade do cuidado – partindo da APS e percorrendo os diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e em seus diferentes níveis de complexidade – está atrelada aos processos de regulação em saúde, uma vez que esta, visando à integralidade do cuidado, implica a construção de uma relação equilibrada entre a demanda e a oferta e a utilização de princípios, como equidade, transparência e utilização oportuna do tempo de acesso. Existem fatores determinantes com relação ao papel da regulação na articulação e na interação dos diferentes pontos e níveis da RAS, como, por exemplo, a qualidade dos encaminhamentos e solicitações, a elaboração e a utilização de protocolos de regulação e diretrizes clínicas, o estabelecimento de fluxos de acesso desburocratizados, o uso racional dos recursos em saúde, de maneira a impedir deslocamentos desnecessários e trazer maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera, a pactuação de novos procedimentos a partir de indicadores de saúde condizentes com as necessidades da população, o monitoramento e a avaliação sistemática dos serviços.

Pode-se considerar que o fato de este estudo não contar com a adesão voluntária de todos os profissionais envolvidos com a regulação nas CRS/RS limitou o seu caráter censitário, já que, infelizmente, uma fonoaudióloga deixou de participar. Outro fator limitante ao adequado dimensionamento da RCPD no estado foi a não inclusão de uma CRS/RS cujos prestadores de referência dos procedimentos auditivos encontravam-se em municípios com gestão plena do sistema de saúde, o que implica a autonomia dos municípios para gerir a sua rede. Além disso, a escassez de artigos científicos discorrendo sobre a atuação fonoaudiológica na regulação restringiu as possibilidades de discussão. Dessa forma, é conveniente a ampliação de pesquisas que focalizam a participação da Fonoaudiologia na gestão em saúde, tendo em vista que a produção científica influencia a elaboração e a operacionalização de políticas públicas. É preciso conhecer diferentes realidades e contextos, visando fornecer argumentos para avanços das práticas e dos campos de atuação de fonoaudiólogos, como o realizado neste estudo.

CONCLUSÃO

A regulação de acesso em saúde auditiva nas CRS/RS revelou potencialidades e fragilidades. Dentre as potencialidades, destacam-se: a alta qualificação dos profissionais, em sua maioria, por empenho próprio; a compreensão da regionalização e da RAS e, também, o envolvimento dos profissionais em realizar ações promotoras de saúde para além das de vigilância.

A regulação mostrou-se qualificada na maioria das CRS/RS, possivelmente pela qualificação profissional e orientação da SES/RS que, recentemente, disponibilizou o Protocolo de Regulação de Acesso à Atenção Especializada da Secretaria Estadual de Saúde do estado do Rio Grande do Sul. Tais fatos tendem a elevar a qualidade dos serviços. Assim, pode-se reiterar que a regulação de acesso deve ser realizada por especialistas - profissionais que detêm conhecimentos para reconhecer a real necessidade das demandas dos usuários e, consequentemente,

aplicarem o princípio da equidade do SUS. A partir do olhar especializado, as políticas podem ser melhoradas e ampliadas.

As fragilidades constatadas foram: a oferta insuficiente de procedimentos de avaliação, de diagnóstico e, sobretudo, de reabilitação auditiva, que implicam a exclusiva atuação de fonoaudiólogos por meio de tecnologias leves e leve-duras; a não utilização do SISREG e do protocolo sugerido pela SES/RS que, quando somados à falta de oferta, contribuem para a demanda reprimida na reabilitação auditiva.

A partir da análise situacional da regulação em cada CRS/RS realizada neste estudo, reafirma-se a utilização de dados epidemiológicos e do Protocolo de Regulação de Acesso à Atenção Especializada da Secretaria Estadual de Saúde do estado do Rio Grande do Sul para sustentar a pactuação dos indicadores, considerando demanda reprimida, demanda mensal e número de vagas ofertadas para, assim, alcançar-se a relação equilibrada entre oferta e demanda.

AGRADECIMENTOS

Além de agradecer pela disponibilidade em contribuir como parecerista no Trabalho de Conclusão de Curso, dedica-se este trabalho à fonoaudióloga Márcia Falcão Fabrício, pela constante luta por inclusão e expansão da categoria profissional na gestão do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população 2021 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [citado 2021 Jul 7]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>
2. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União; Brasília; 20 set 1990.
3. Rio Grande do Sul. Plano Diretor de Regionalização da Saúde. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul; 2002.
4. Rio Grande do Sul. Plano Estadual de Saúde: 2020-2023. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul; 2020.
5. Rio Grande do Sul. Decreto n. 55.718, de 12 de janeiro de 2021. Dispõe sobre a estrutura básica da Secretaria da Saúde. Diário Oficial da União; Brasília; 12 jan 2021.
6. Rio Grande do Sul. Edital de concursos n. 01/2013. Concurso público Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: FUNDATEC; 2013.
7. Melo EA, Gomes GG, Carvalho JO, Pereira PHB, Guabiraba KPL. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis*. 2021;31(1):1-26. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312021310109>.
8. Brasil. Portaria GM/MS n. 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União; Brasília; 5 ago 2008.
9. Brasil. Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União; Brasília; 28 set 2017.
10. Brasil. Portaria GM/MS n. 2.776, de 18 de dezembro de 2014. Aprova diretrizes gerais, amplia e incorpora procedimentos para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União; Brasília; 18 dez 2014.
11. Brasil. Portaria MS/GM n. 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União; Brasília; 24 abr 2012.
12. Brasil. Decreto n. 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; 17 nov 2011.
13. Brasil. Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União; Brasília; 28 set 2017.
14. Bernardo LD. Prevenção e riscos na saúde auditiva: um desafio para a Saúde Coletiva. *Physis*. 2019;29(1):1-6. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290117>.
15. Borges TMB, Detoni PP. Trajetórias de feminização no trabalho hospitalar. *Cad Psicol Soc Trab*. 2017;20(2):143-57. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v20i2p143-157>.
16. Brasil. Ministério da Economia. Os efeitos sobre grupos sociais e territórios vulnerabilizados das medidas de enfrentamento à crise sanitária da COVID-19: propostas para o aperfeiçoamento da ação pública [Internet]. Brasília: IPEA; 2020 [acesso em 07 Ago 2021]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9839/1/NT_33_Diest_Os%20Efeitos%20Sobre%20Grupos%20Sociais%20e%20Territ%C3%B3rios%20Vulnerabilizados.pdf
17. Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, Oliveira ES, Moysés NMN. A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a Feminização. *Rev Divulgação em Saúde para Debate*. 2010;45:54-70.
18. Oliveira RR, Elias PE. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2012;46(3):571-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000300020>. PMID:22635039.
19. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde Debate*. 2012;36(95):640-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400016>.
20. Santos JN, Maciel FJ, Martins VO, Rodrigues ALV, Gonzaga AF, Silva LF. Inserção dos fonoaudiólogos no Sistema Único de Saúde/MG e sua distribuição no território do estado de Minas Gerais. *Rev CEFAC*. 2012;14(2):196-205. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011005000088>.
21. Krüger TR, Reis C. Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. *Serv Soc Soc*. 2019;(135):271-89. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.178>.
22. Peiter CC, Lanzoni GMM, Oliveira WF. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Saúde Debate*. 2016;40(111):63-73. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611105>.
23. Pinto LF, Soranz D, Scardua MT, Silva IM. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. *Ciênc saúde colet*. 2017;22(4):1257-67. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26422016>.
24. Ferri SMN, Ferreira JBB, Almeida EF, Santos JS. Protocolos clínicos e de regulação: motivações para elaboração e uso. In: Santos JS, Pereira GA Jr, Bliacheriene AC, Forster AC. Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
25. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos.

- Ciênc saúde colet. 2018;23(6):1751-62. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>.
26. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. *Praxis en salud un desafío para lo público*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
 27. Koerich MS, Backes DC, Scortegagna HM, Wall ML, Veronese AM, Zeferino MT, et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(spe):178-85. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000500022>.
 28. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União*; Brasília; 12 jul 2018.
 29. Brasil. Constituição. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
 30. Lazarino MSA, Silva TL, Dias EC. Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2019;44:1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000009318>.

Anexo 1. Questionário semiestruturado para as entrevistas

FASE 1 (aplicado por videochamada):

1. Nome:
2. Idade:
3. Graduação (ano de conclusão):
4. Pós-graduação (área e ano de conclusão):
5. Cargo que ocupa:
6. Tempo que ocupa este cargo:
7. Setor da CRS onde ocupa este cargo:
8. Você recebeu alguma formação ou preparação para atuar na gestão do cuidado em saúde auditiva?

FASE 2 (entregue no primeiro encontro e aplicado no segundo, também, por videochamada):

1. Quais os procedimentos/exames audiológicos disponíveis e seus respectivos prestadores de referência, tanto de média quanto de alta complexidade na Rede de saúde auditiva na sua CRS?
2. Dos procedimentos descritos por você, quais são regulados por sua CRS?
3. Você realiza a regulação:
 - 3.1. Por meio de um sistema on-line? Qual?
 - 3.2. Manualmente? Como?
4. Quais critérios você utiliza para realizar a regulação de cada procedimento?
5. Você utiliza algum protocolo? Qual?
6. Indique o número de usuários na fila de espera de cada procedimento até a presente data.
7. Qual é a oferta mensal, em número de vagas, para cada procedimento?
8. Realizou ou realiza ações de vigilância em saúde auditiva? Quais? Por quê?
9. Realizou ou realiza apoio matricial em saúde auditiva? Descreva.
10. Realizou ou realiza ações educativas em saúde auditiva?