

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

LUCAS RESENDE LUCINDA

**SISTEMATIZAÇÃO E MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À DEFICIÊNCIA
AUDITIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
CONTAGEM-MG**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2014

LUCAS RESENDE LUCINDA

**SISTEMATIZAÇÃO E MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À DEFICIÊNCIA
AUDITIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
CONTAGEM-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2014

LUCAS RESENDE LUCINDA

**SISTEMATIZAÇÃO E MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À DEFICIÊNCIA
AUDITIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
CONTAGEM-MG**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, em 09/12/2014

Dedico o presente trabalho à comunidade sob os cuidados da Equipe de Saúde da Família número 47, em Contagem, Minas Gerais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos colegas da equipe de saúde da família número 47, aos supervisores do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), aos coordenadores e tutores do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, aos mestres da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, em particular àqueles do Departamento de Otorrinolaringologia, e aos meus familiares.

RESUMO

O manejo de agravos com baixa mortalidade e alta morbidade, como a deficiência auditiva, constitui um desafio para os sistemas públicos de saúde. Abordá-los com eficiência e de maneira sistematizada na atenção primária à saúde pode otimizar o cuidado ofertado em termos de desfechos clínicos e de custo-efetividade. Objetivase com o presente estudo propor estratégias de abordagem da saúde auditiva no contexto da atenção primária, tendo como base a comunidade assistida por uma equipe de saúde da família em Contagem, Minas Gerais. Foram realizadas observação e descrição da assistência municipal à saúde auditiva, revisão bibliográfica e elaboração de projeto de intervenção com base no Método do Planejamento Estratégico Situacional. Como resultado, criou-se um modelo padronizado de cuidados integrais à saúde auditiva na atenção primária, incluindo o desenho das operações e a análise de viabilidade e dos recursos necessários para sua implementação.

Palavras-chave: Deficiência Auditiva. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Perda da capacidade auditiva..

ABSTRACT

Managing conditions with a low mortality and high morbidity profile, such as hearing loss, remains challenging for most public health systems. Approaching these disorders efficiently and systematically in primary care might optimize overall assistance both in terms of clinical outcome and cost-effectiveness. The present study aims to propose strategies to better deliver hearing health care in the context of primary care, based on a community assisted by a family health team in Contagem, Minas Gerais. In order to reach this purpose, we have observed and described Contagem's hearing health care, carried out a literature review and elaborated an intervention project following the principles of situational strategic planning. As a result, a model of providing integral hearing health care in primary care has been developed, including its operational design, viability analysis and required resources.

Keywords: Hearing Loss. Health Primary Care. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVO.....	18
4 METODOLOGIA.....	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

Contagem é um município mineiro pertencente à Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). Está situado na região central de Minas Gerais, possuindo como cidades limítrofes, além de Belo Horizonte, Ibirité, Ribeirão das Neves, Betim e Esmeraldas.

O município possui a terceira maior população do estado, totalizando 637 961 habitantes (BRASIL, 2013).

A origem do município remonta à criação de um posto de fiscalização e arrecadação da atividade econômica, especialmente mineradora, durante o Brasil Colônia, no princípio do século XVIII. Em torno do posto surgiu pequeno povoado que logo foi batizado de arraial de São Gonçalo da Contagem das Abóboras, em homenagem ao santo protetor dos migrantes que passavam pela região e à atividade de contagem de bens a serem taxados na região. A transferência da capital mineira para Belo Horizonte, em 1897, impulsionou também o crescimento do arraial contagense. Foi transfigurada à categoria de município autônomo (tinha sido anteriormente distrito de Sabará e de Santa Quitéria – atual Esmeraldas). Em 1938 foi submetida à administração de Betim, tendo sua autonomia recuperada em 1948 (PREFEITURA DE CONTAGEM, 2014).

Atualmente, o município contabiliza a segunda maior aglomeração urbana da região, ficando apenas aquém da capital mineira: 99,1% de sua população residem em áreas urbanizadas; a urbanização média metropolitana segundo o último censo foi de 97,2%. A renda per capita atinge 31.069,26 R\$ anuais, 99,3% dos contagenses apresentam acesso à água tratada e 92,6% dos moradores têm seu esgoto recolhido por rede pública (BRASIL, 2010).

A economia de Contagem encontra sua vocação nas atividades secundárias e terciárias, ou seja, na indústria e no comércio. Essa distribuição reflete, em menor grau, a constituição da economia brasileira. O Distrito da Cidade Industrial constituiu-se como uma das primeiras iniciativas planejadas de promoção do desenvolvimento industrial de Minas Gerais. Tal projeto foi iniciado a partir dos anos de 1940, sendo resultado da forte intervenção do poder público estadual. Na atualidade, o município

integra o eixo produtivo da indústria de transformação mineira, especialmente nos segmentos de metalúrgica, química, máquinas, equipamentos e material elétrico, eletrônicos e comunicações. As atividades terciárias de serviços e o comércio atacadista despontam como novas molas propulsoras da economia municipal no século XXI.

Contagem possui índices de analfabetismo de 3,4%, claramente maiores nas áreas rurais (7,0%). Ressalta-se que os índices são menores para adolescentes entre 10-14 anos, alcançando 1,4% da faixa etária. Existiam, na cidade, em 2010, 11382 indivíduos abaixo da linha da pobreza, totalizando um índice de 1,9%, considerado baixo. Seu Índice de desenvolvimento da educação básica (IDEB) atingiu cifras de 4,7, 4,6 e 5,3 nas avaliações de 2005, 2007 e 2009, respectivamente. Em 2009, o índice ficou acima da média planejada, de 5,1. Há planejamento de se atingir nota 6,0 (equivalente a países desenvolvidos) em 2015 (BRASIL, 2012).

1.2 Sistema local de saúde

Contagem, seguindo as tendências nacionais, tem tentado na última década direcionar o modelo de Atenção à Saúde para os princípios do Programa de Saúde da Família (PSF). A decisão de se estender o PSF, o qual foi instituído no município em 1999, remonta à IV Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2005. Conceitos de território, vínculo e responsabilização norteariam o novo modelo contagense em expansão. Reconhecidamente, há um esforço do governo municipal em cobrir 100% da população local com esse modelo emergente. Entretanto, ainda que inicialmente planejada para 2008, essa cobertura total parece ter sido alcançada apenas em 2014, com a chegada de médicos trazidos a partir de programas e acordos federais, como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), e o Mais Médicos para o Brasil. Cabe salientar que essa “cobertura total” ainda não resolve integralmente o problema do acesso da população ao novo programa proposto. Muitas equipes encontram-se infladas, com número de famílias atendidas superior ao recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Há, ainda, principalmente nos distritos mais centrais, presença de unidades de saúde que mantêm as atividades regidas pelo modelo anterior ao do

PSF. Ou seja, ainda que haja médicos disponíveis, muitas vezes eles estão inseridos em modelos de atendimentos ultrapassados ou responsáveis por número excessivo de indivíduos. As equipes de saúde do município em sua maioria não são ampliadas, não contando com profissionais direcionados à saúde bucal. Menos da metade da população conta com atendimento odontológico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi implantado no município em 2011. Suas equipes contam com especialistas de diferentes áreas de conhecimento, como pediatra, ginecologista, psiquiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e assistente social. Entretanto, as equipes não são completas em todos os distritos e o acesso às consultas com tais especialistas costuma ser ainda difícil e o acompanhamento longitudinal dos pacientes que necessitam, por exemplo, de programas de reabilitação fisioterápica ou fonoaudiológica é comumente precário.

Contagem, município importante e populoso do estado, apresenta uma rede de atenção à saúde diversificada. Neste contexto, conta com estabelecimentos de saúde variados, que abrangem serviços da rede de atenção primária, secundária e terciária (Tabela 1)

Tabela 1 - Estabelecimentos de saúde do município de Contagem – MG, 2014.

Unidades básicas de saúde nos seus sete distritos sanitários
Farmácias distritais
Unidades de Atendimento Imediato (UAIs), policlínicas e prontos- socorros
Atendimento pelo SAMU
Dois Centros de Consultas Especializadas (CCEs)
Unidades de Saúde Mental (CAPS e CERSAM)
Centros propedêuticos – laboratórios e exames de imagem
Serviço de Saúde do Homem
Serviço de Saúde do Trabalhador
Unidade de hemodiálise
Hospital municipal
Maternidade municipal
Centro de Zoonoses
Unidades de atendimento odontológico
Centro de Vigilância Sanitária

Fonte:

Deve-se enfatizar que Contagem ainda possui demanda reprimida importante em vários elos da rede de Atenção à Saúde. Incluem-se nessa perspectiva as consultas ambulatoriais com a maioria dos especialistas e o atendimento de urgência. Dado o tamanho do município, é inviável a existência de apenas um centro hospitalar. Além disso, as unidades de pronto-atendimentos frequentemente se encontram sem médicos de plantão. Outro ponto negativo é o sistema de referência e contrarreferência que é ainda fraco. Não há integração entre os diversos eixos da rede, a maioria dos serviços não está ainda informatizada e o sistema de prontuário eletrônico está apenas começando a ser implantado. Os profissionais da atenção primária dificilmente têm *feedback* do atendimento executado em níveis secundário e terciário.

1.3 A Unidade Básica de Saúde

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Kennedy é responsável basicamente pela população total do bairro Kennedy e está localizada no Distrito Ressaca. Trata-se de um anexo nos fundos de uma propriedade, o qual foi improvisado para uso por uma

única Equipe de Saúde da Família (ESF), a qual conta com seis agentes comunitárias de saúde (uma delas, porém, encontra-se de licença médica), uma auxiliar de serviços gerais, uma auxiliar administrativa, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e um médico. O distrito Ressaca apresenta índices de mortalidade de 5,26‰, superiores aos de Contagem (4,95‰). Deve-se destacar que o distrito apresenta os maiores índices de mortalidade infantil (21,05‰), bem acima da média contagemense (12,13‰). Atenta-se para o aumento de mortes relacionadas a problemas cardiovasculares e neoplasias, seguindo a tendência nacional. Esse aumento acompanha o alto número de portadores de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. Entretanto, doenças infectocontagiosas permanecem contribuindo com parcela importante dos óbitos, principalmente nas áreas mais pobres e em crianças (BRASIL, 2010).

Quando cursei o Módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010) e realizei o diagnóstico situacional do território da unidade onde atuo, muitos problemas de saúde foram identificados. Nas consultas individuais sempre me preocupou o número de pessoas com queixas de baixa capacidade de ouvir, ou seja, com hipoacusia. Discutindo com a equipe da UBS e com o consenso da mesma, optei, portanto, em elaborar um projeto de intervenção com a finalidade de melhorar a abordagem às pessoas com deficiência auditiva na atenção básica à saúde.

2 JUSTIFICATIVA

A deficiência auditiva é uma condição clínica de extrema relevância para a saúde pública. Ela apresenta prevalência elevada entre os brasileiros. Entretanto, ainda que tenha magnitude considerável, tem sido constantemente negligenciada quando da discussão de políticas públicas direcionadas aos diversos níveis do SUS. Como consequência, observam-se falhas importantes em todos os elos da rede de atenção ao portador de hipoacusia.

A repercussão do diagnóstico tardio e da ausência de tratamento e reabilitação eficazes é notável. Ainda que não haja impacto palpável sobre os índices de mortalidade, negligenciar o cuidado a pacientes com hipoacusia influencia sobremaneira a qualidade de vida dos indivíduos acometidos e, de modo abrangente, de toda a comunidade. Dessa maneira, tendo em vista o conceito ampliado de saúde, abordar as deficiências auditivas no âmbito da atenção primária à saúde de modo eficiente e assim diminuir a morbidade resultante desse problema torna-se essencial para os sistemas de saúde modernos.

Cabe ressaltar que o modelo atual de cuidado com a saúde auditiva majoritariamente vigente no Brasil está ultrapassado. Tal modelo necessita ser reformulado seguindo os passos da reorientação dos serviços de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na Conferência de Alma-Ata em 1978. Essa reformulação implicaria, enfim, em zelar pela saúde auditiva incluindo não apenas práticas curativas e de reabilitação – atualmente ainda privilegiadas – como, principalmente, promovendo cuidados a toda população e ações preventivas direcionadas a grupos de risco.

Vários e variados são os problemas identificados no cotidiano de atendimento na Atenção Primária em Contagem. Tais problemas apresentam níveis diversos de prioridade em razão da prevalência e morbimortalidade intrínsecas a cada um. Dentre os problemas, é possível enfatizar o manejo deficitário dos indivíduos com queixa ou diagnóstico de hipoacusia, em especial os idosos. Ao avaliarmos as deficiências desse manejo, notamos empecilhos nos diversos níveis de atenção e nos diversos elos da rede de atenção à saúde.

Segundo dados censitários colhidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, há 148.954 contagenses com algum grau de deficiência física ou mental. Essa cifra representa 24,68% do total dos habitantes. Destaca-se que 29.312 indivíduos relataram algum grau de deficiência auditiva, somando aproximadamente 19,4% das deficiências descritas. Se excetuarmos deficiências visuais leves, essa fatia se eleva e pode atingir até 60%. A estratificação do grupo de indivíduos que reconheceram serem portadores de déficit auditivo revela que 3,6% descreveram sua deficiência como “total” e 17,36% apontaram “grande dificuldade” de audição (IBGE, 2010).

Tomando os dados de Contagem e comparando-os com os obtidos na estimativa rápida realizada na UBS onde atuo, pode-se dizer que a hipoacusia manifesta também se destaca em termos de prevalência e incidência na área de abrangência da nossa ESF. É grande o número de pacientes que:

- Aguarda avaliação audiométrica para comprovação e mensuração do déficit relatado,
- Com hipoacusia clinicamente manifesta ainda não abordada,
- Beneficia-se de próteses auditivas, na maioria das vezes ou adaptadas sem avaliação especializada ou ultrapassadas e mal adaptadas,
- Apresenta quadros clínicos cujo diagnóstico diferencial inclui hipoacusia, como atraso de desenvolvimento de linguagem em crianças pequenas ou depressão em idosos.

Visto que a população predominante na área de abrangência da UBS em questão é composta por idosos e trabalhadores do setor da indústria, é de se esperar a preponderância de fatores de risco degenerativos e/ou ocupacionais como maiores contribuintes para a elevada prevalência de hipoacusia observada. E, nesse contexto, é esperado que o sintoma auditivo referido ou evidenciado tenha como diagnósticos mais prováveis a presbiacusia ou a perda auditiva induzida por ruído (PAIR).

Observam-se diversos “nós críticos” na abordagem da hipoacusia, em especial da prebiacusia, no município de Contagem.

Não há política pública municipal centralizada ou descentralizada de promoção à saúde auditiva. Em uma cidade cujas raízes econômicas se assentam em grande parte no setor industrial, seria fundamental que existissem programas mais evidentes de conscientização das doenças laborais associadas à exposição indiscriminada aos ruídos. Tais programas deveriam atuar na cobrança e fiscalização das empresas do município e na orientação de seus trabalhadores. Os focos de atenção à prevenção à PAIR, nesses casos, envolveriam o emprego de dispositivos de proteção coletivos, reestruturações do processo produtivo, incentivo ao uso dos equipamentos de proteção individual, realização periódica de audiometrias nos trabalhadores de risco e encaminhamento dos profissionais que apresentaram algum nível de perda na avaliação de rastreio. Dado o risco crescente de perdas auditivas ligadas à exposição a ruídos em situações de lazer, seria interessante que houvesse iniciativas ligadas à orientação dos jovens contagenses quanto à necessidade de se limitar o tempo e a amplitude de exposição a barulhos diversos, em especial quando do uso de fones de ouvido e carros de som.

Pacientes com perda auditiva também precisam ser abordados de modo mais precoce e eficiente. É comum encontrarmos indivíduos com perdas de longa data ainda não abordadas pelo médico, o qual muitas vezes as considera “secundárias” diante das demais demandas apresentadas. Ainda que seja uma moléstia frequente e de grande morbidade, tem sido manejada tardiamente e com baixo grau de suspeição. Muitas vezes, não é considerada no diagnóstico diferencial de doenças do idoso que geralmente impulsionam os médicos às intervenções imediatas, como depressão e demência. A consequência é o subdiagnóstico e índices baixos de melhora da qualidade de vida dos indivíduos.

Casos já diagnosticados, em geral, enfrentam as dificuldades impostas também à demais condições que necessitam abordagem especializada e complexa. A contrarreferência é quase inexistente, não há sistemas de prontuário eletrônico que viabilizem o acompanhamento longitudinal mais detalhado do quadro do paciente e

o atendimento especializado é incapaz atualmente de suprir toda a demanda, resultando em longas filas de espera. Por último, pacientes já diagnosticados e em uso de próteses auditivas possuem acompanhamento precário, levando muitas vezes ao uso em longo prazo de próteses mal-adaptadas (levando a dor ou alergias), com precária higienização ou pouco resolutivas.

Com o objetivo de direcionar o cuidado aos pacientes com deficiência auditiva, o Ministério da Saúde criou em 2004, a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA). A PNASA visaria a ofertar serviços integrais ao usuário com hipoacusia, em todos os elos da rede de atenção à saúde (ANDRADE *et al.*, 2013). Entretanto, na prática, observa-se que as atividades específicas têm-se concentrado na atenção secundária e terciária e, mesmo assim, de modo fragmentado e reducionista (VIANNA; CAVALCANTI ; ACIOLI, 2014). Não há política sistematizada de cuidado à saúde auditiva na atenção primária, ainda que ações implementadas via outros programas (por exemplo, iniciativas de vacinação do Programa Nacional de Imunizações) já demonstrem efeitos benéficos indiretos na prevenção de agravos relacionados à audição. Uma ação excepcional do PNASA direcionada à atenção básica seria o programa de triagem neonatal (ANDRADE *et al.*, 2013), que, contudo, ainda encontra desafios em termos de adesão e evasão, cuja resolução também exige envolvimento maior das equipes de saúde da família na assistência à saúde auditiva da comunidade adscrita (ALVARENGA *et al.*, 2011).

Dessa maneira, considerando a visão ampliada de saúde desenvolvida nas últimas décadas, a necessidade de se garantir ações de promoção e prevenção que reduzam o impacto de agravo tão mórbido como a DA, a preponderância das atividades da PNASA em ações de tratamento e reabilitação e a análise de custo-efetividade de atividades no contexto da APS, justifica-se a defesa do envolvimento sistematizado da ESF também em relação à deficiência auditiva em todas as faixas etárias.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção com a finalidade de sistematizar e melhorar a abordagem das pessoas com deficiência auditiva no âmbito da Atenção Primária à Saúde na UBS Kennedy no município de Contagem - MG.

4 METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado a partir das seguintes etapas:

Uso das informações colhidas durante os atendimentos individuais aos usuários residentes na área de abrangência da UBS Kennedy.

Revisão bibliográfica com a finalidade de levantar as evidências já existentes sobre o tema objeto deste estudo.

Conhecimento do problema a partir do banco de dados do IBGE (2010) com referência as informações sobre o município de Contagem, da base de dados municipal do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), site eletrônico do DATASUS, dentre outros.

Fez-se busca sistematizada na literatura, nas bases de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), edições do Ministério da Saúde e outros.

Para a pesquisa nas bases de dados foram utilizados os seguintes descritores:

Deficiência Auditiva,

Atenção Primária a Saúde,

Estratégia Saúde da Família.

Perda da capacidade auditiva..

A publicação dos estudos utilizados no presente trabalho, por definição prévia, ocorreu no período entre 2000 e 2014.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Durante praticamente todo o século XX, os sistemas de saúde dos países do Ocidente tiveram como alicerces as instituições hospitalares. Nesse contexto, o cuidado prestado tinha como foco as doenças, cujas histórias naturais seriam resultado quase unicamente de fenômenos biológicos. Ao longo desse período, sistemas nacionais públicos de saúde, fortemente financiados e regulados pelo Estado, começaram a surgir em vários países. Seu objetivo principal seria garantir o acesso universal da população aos serviços ofertados. Entretanto, o aumento da clientela, os custos crescentes de uma Medicina hospitalar especializada e intervencionista e a ausência de melhorias nos indicadores básicos de saúde progressivamente levaram, durante as décadas de 70 e 80, ao questionamento do modelo vigente (FARIA *et al.*, 2010).

Paralelamente, desde os anos 60, amplos debates vinham enfatizando a determinação econômica e social da saúde. Propunha-se uma reorientação do cuidado centrado no controle da enfermidade para a atenção direcionada aos indivíduos e às comunidades. Essas discussões formaram a base para a elaboração de um novo paradigma, formalizado em 1978 na Conferência de Alma-Ata com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000 e a Estratégia de Atenção Primária de Saúde (BUSS; FERREIRA 2000). Vários conceitos transformadores passaram então a ser difundidos: integração de serviços locais, participação comunitária, necessidade de ações intersetoriais e determinação social da saúde (FARIA *et al.*, 2010).

No Brasil, a crise do modelo centrado em doenças e hospitais impulsionou o surgimento de projetos precursores que buscavam fomentar a atenção ambulatorial e racionalizar a assistência. O ideário desses projetos permeiam atualmente as atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição de 1988 e pautado sobre os princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade. Atualmente, observa-se ainda no âmbito do SUS a convivência de práticas que rememoram o sanitarismo campanhista, cuidados primários e secundários prestados pelo aparato estatal e serviços comprados de organizações privadas, em especial os de maior complexidade (FARIA *et al.*, 2010).

Em consonância com a revolução proposta para os serviços nacionais de saúde e para a assistência, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem se tornando o eixo do cuidado aos indivíduos e às comunidades. A APS caracteriza-se por ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e por considerar o sujeito em suas particularidades, complexidades, integralidades e inserções socioculturais. Além disso, pretende ser resolutiva para a maioria das demandas em saúde, organizar o fluxo e contra fluxo dos usuários nos sistemas de saúde e responsabilizar-se pelos usuários em quaisquer elos da rede de atenção à saúde. A prática da APS visa a garantir em nível local a acessibilidade dos indivíduos, a longitudinalidade do cuidado, a integralidade da atenção, a coordenação das ações em saúde, a o foco das ações na família e a orientação comunitária (SHIMAZAKI *et al.*, 2009).

No Brasil, a edição da Norma Operacional Básica do SUS nº01 de 1996 (NOB 96) ressaltou a APS como eixo estruturante do modelo assistencial do SUS ao adotar o Programa de Agentes Comunitários e Programa Saúde da Família (PACS/PSF) como estratégia substitutiva primordial na reorientação periférica da atenção à saúde. As execuções da Estratégia Saúde da Família (ESF) assumem um conceito ampliado de saúde centrado “na sociedade” e elege como diretrizes principais a adscrição de clientela, a territorialidade e responsabilização do cuidado, a criação de vínculo entre profissionais e indivíduos, o cadastramento das famílias, a provisão de visitas domiciliares, o trabalho em equipe, multidisciplinar e intersetorial e a atuação integral em atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (FARIA *et al.*, 2010).

Evidências atuais apontam para discreta superioridade do programa em relação às atividades tradicionais (CONILL, 2008). Os efeitos positivos da efetivação do SUS e, mais recentemente, do fortalecimento da ESF vêm sendo cifrados em questões sanitárias importantes, como, por exemplo, a maior cobertura da assistência pré-natal e diminuição da mortalidade materna, aumento dos partos hospitalares sob cuidados médicos, redução da mortalidade e da desnutrição infantil, aumento das taxas de aleitamento materno, maior cobertura vacinal de crianças e gestantes,

erradicação de moléstias infecciosas como a poliomielite, controle de infecções potencialmente epidêmicas transmitidas por vetores, controle de endemias como hanseníase e tuberculose, maior atenção a doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), ampliação do cuidado a doenças crônicas como hipertensão e diabetes, redução da hospitalização de indivíduos relacionada à saúde mental e crescente realização de atividades de rastreamento de neoplasias malignas (LIPAY; ALMEIDA, 2007). Pode-se observar que de maneira geral tais resultados têm sido obtidos por meio de políticas públicas direcionadas, as quais são utilizadas para orientação das atividades realizadas localmente no âmbito da ESF.

Em países subdesenvolvidos, os agravos à saúde dos indivíduos são múltiplos e diversos. Dessa maneira, os governos e os sistemas de saúde costumam priorizar e se articular para o controle de doenças com maior taxa de mortalidade. Nesse contexto, agravos debilitantes e com elevada morbidade são, comumente, negligenciados (OLUSANYA, 2007). Entre esses agravos, devem-se destacar as deficiências físicas e sensoriais. A omissão dos Estados diante de condições tão impactantes desrespeita o conceito mais ampliado de saúde e os redirecionamentos propostos nas últimas décadas para a assistência dos indivíduos dentro dos sistemas nacionais de saúde. Historicamente, na Antiguidade pessoas com deficiência eram abandonadas até a morte, enquanto na Idade Média eram consideradas “desprovidas de alma”. Mais posteriormente, na Era Moderna, foram submetidas a tratamentos baseados em institucionalização. Desde meados do século XX, contudo e em consonância com as revoluções sanitárias supracitadas, vêm sendo considerada a “integração social das minorias”, responsabilizando os sistemas de saúde também pelo cuidado adequado aos indivíduos deficientes (IANNI; PEREIRA, 2007).

Qualquer alteração capaz de impactar o elo entre o mundo físico e o sensorial, ainda que parcialmente, é capaz de produzir desequilíbrios para o organismo. A audição, por sua vez, é, indubitavelmente, um dos principais elementos desse conjunto. Deficientes auditivos são submetidos, independentemente da idade, a limitações diversas que refletem nos relacionamentos pessoais, familiares, sociais e profissionais (ANDRADE *et al.*, 2013). Em crianças, tal incapacidade impede a

comunicação verbal e o desenvolvimento da linguagem que, em última instância, limitam o alcance educacional e vocacional dos acometidos. Menores de idade deficientes auditivos também estão sob maior risco de abuso psicológico, social, emocional e sexual. Em adultos, o comprometimento da audição pode gerar isolamento, estigmatização, preconceito, distúrbios psiquiátricos, depressão, abuso, dificuldades de relacionamento, estresse ocupacional e baixa renda (OUSANYA *et al.*, 2014). Dessa forma, a deficiência auditiva (DA) constitui formalmente um problema de Saúde Pública, tanto pelos seus desdobramentos biopsicossociais como pela sua elevada incidência (ANDRADE *et al.*, 2013).

Vários fatores têm sido implicados no aumento da incidência mundial de deficiência auditiva. A prevalência crescente de presbiacusia, devido à maior expectativa de vida, o uso de drogas ototóxicas e a disseminação de métodos diagnósticos são alguns deles. Além disso, a urbanização rápida e descontrolada, bem como a ausência de regulações efetivas direcionadas ao controle do ruído ambiental e ocupacional, são fatores que também justificam a elevação das taxas de deficientes auditivos em países em desenvolvimento (OUSANYA; NEUMANN; SAUDERS, 2014).

Embora comumente seja desenvolvida ao longo da vida, acredita-se que metade das causas de DA possa ser evitada utilizando métodos e práticas comprovadamente eficazes. Além disso, o custo resultante do cuidado secundário e terciário dos pacientes acometidos, exemplificado pela disponibilização de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI) e confecção de implantes cocleares, é proibitivo para a maioria dos indivíduos de países pobres. Dessa maneira, torna-se ainda mais salutar que o cuidado com a saúde auditiva se desenvolva integralmente, porém com ênfase na prevenção primária do agravo (OUSANYA; NEUMANN; SAUDERS, 2014). E, nesse contexto, a APS revela-se uma ferramenta de vital importância, visto que atua próximo dos usuários, utiliza sentimentos de vínculo e confiança para a difusão de práticas de promoção e prevenção e é capaz de articular-se localmente com outros setores para aumentar a eficácia das ações. Entre as atividades de prevenção potencialmente benéficas, podem-se citar: manutenção de programas eficazes de imunização, fornecimento de assistência pré-

natal integral, envolvimento de empregados e empregadores em estratégias visando à saúde ocupacional, provisão de rastreamento neonatal e/ou pré-escolar universal (OUSANYA; NEUMANN; SAUDERS, 2014).

Deve-se ressaltar, entretanto, que, considerando o fardo resultante da incapacidade auditiva, ações de prevenção secundária e terciária que almejem ao diagnóstico precoce e tratamento oportuno devem ser ativamente encorajadas (OUSANYA; NEUMANN; SAUDERS, 2014). E, novamente, a APS pode atuar de maneira mais incisiva, mantendo alto grau de suspeição dos casos, garantindo cobertura completa das iniciativas de rastreamento infantil e proporcionando coordenação adequada e sistematizada do cuidado proposto aos indivíduos já diagnosticados.

Visando a reduzir o impacto da DA, o Ministério da Saúde criou, por meio da Portaria nº2.073 em 28 de setembro de 2004, a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA). A PNASa busca, desde sua origem, a oferta de assistência integral nos três níveis de atenção à saúde, por meio de fomento de ações direcionadas para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das deficiências auditivas. Dada sua importância, faz-se necessária uma rotina de avaliação desse programa, de modo a direcionar ferramentas de gestão que otimizem o dispêndio dos recursos financeiros e o planejamento e organização dos serviços de saúde auditiva (ANDRADE *et al.*, 2013).

A execução do PNASa, entretanto, parece ocorrer de maneira desigual e ineficaz. Análises mais recentes revelam que, já em 2010, observava-se avanço notável na cobertura nacional dos serviços de saúde auditiva, tendo 86% da rede sido implantada (ANDRADE *et al.*, 2013). Contudo, nas regiões Norte e Centro-Oeste, a disponibilização desses serviços ainda se mantém bastante incipiente (BEVILACQUA *et al.*, 2011). Concomitantemente, a concessão de próteses auditivas, entre 2008 e 2012, apresentou incremento de 73,6% no Brasil. Porém, considerando que o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística documentou 2,1 milhões de pessoas com deficiência auditiva incapacitante (“surdas” ou com “dificuldades importantes para ouvir”), a concessão de 115.730 próteses até

2012 parece ainda insuficiente e pode acobertar, entre outros, falhas no diagnóstico e referência dos casos (ANDRADE *et al.*, 2013).

Além disso, a terapia fonoaudiológica tem sido realizada ainda muito aquém do esperado, demonstrando prejuízo à integralidade do cuidado (VIANNA CAVALCANTI; ACIOLI, 2014). Entre as hipóteses para justificar esse acompanhamento fonoaudiológico incipiente, propõe-se a falta de adesão e esclarecimento dos pacientes. Nesse sentido, salienta-se a necessidade de atuação efetiva dos profissionais da atenção básica na orientação familiar quanto aos desdobramentos do diagnóstico de DA e da essencialidade da reabilitação para obtenção de melhores resultados terapêuticos (BEVILACQUA *et al.*, 2011).

Algumas ações do Ministério da Saúde executadas em âmbito primário provavelmente influenciaram positivamente na incidência de perda auditiva. Entre elas, é preciso enfatizar o sucesso do Programa Nacional de Imunização (PNI) e das campanhas de vacinação no controle de doenças como a rubéola, a caxumba, o sarampo e, mais recentemente, alguns subtipos de meningite meningocócica. A cobertura crescente da assistência pré-natal e periparto também deve garantir melhorias da saúde auditiva da população brasileira.

A obrigatoriedade da triagem auditiva neonatal, após aprovação da lei federal 12.303/10, em 2010, também tem permitido a abordagem precoce das crianças com deficiência e, por conseguinte, deve permitir o alcance maior de suas potencialidades na vida adulta e melhores níveis de qualidade de vida (ANDRADE *et al.*, 2013). A adesão das famílias em programas de saúde auditiva, todavia, ainda possui precariedades e estudos mostram que a atuação de agentes comunitários de saúde pode assumir papel fundamental não apenas no acompanhamento da função auditiva e no desenvolvimento de linguagem em crianças, como na orientação familiar em todos os aspectos concernentes à saúde auditiva (ALVARENGA *et al.*, 2011). Visto que a maior causa de deficiência auditiva no Brasil seja a presbiacusia, constata-se a necessidade de políticas específicas também para o idoso dentro do PNASA (ANDRADE *et al.*, 2013).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Para a elaboração do Projeto de Intervenção foram utilizados os passos descritos no Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) trabalhado no Módulo de Planejamento e avaliação das ações em Saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010), detalhados a seguir:

- **Primeiro passo:** definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências);
- **Segundo passo:** priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- **Terceiro passo:** descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação);
- **Quarto passo:** explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- **Quinto passo:** seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);
- **Sexto passo:** desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- **Sétimo passo:** identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);

- **Oitavo passo:** análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- **Nono passo:** elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- **Décimo passo:** desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

6.1 Desenho de Operações

A seguir, apresenta-se o desenho de operações para cada um dos três “nós críticos” principais identificados no manejo da hipoacusia no município de Contagem.

6.2 Ausência de política pública de promoção à saúde auditiva

Esse problema terá sua abordagem baseada em ações de prevenção primária. O projeto consiste em “**Mais silêncio para menos surdez**” e terá como princípio a divulgação de informações direcionadas especificamente para os variados grupos de risco. Espera-se com o projeto a redução em longo prazo dos diagnósticos de perdas auditivas e a conscientização da população contagense dos cuidados necessários para manter a saúde auditiva e de seus deveres e direitos quanto à exposição a sons urbanos e ocupacionais. Os produtos esperados são:

- Campanhas a nível local com os trabalhadores da área de abrangência que possam esclarecer os riscos da exposição continuada e abusiva a ruídos no trabalho e as possíveis estratégias para reduzi-los;

- Projetos de orientação dos jovens locais quanto aos malefícios consequentes ao uso abusivo de sons automotivos, fones de ouvido e caixas de som em grande volume.

Em caso de bons resultados, o modelo de intervenção poderia servir de base para abordagem do problema no restante do município.

6.3 Subdiagnóstico dos quadros de redução de acuidade auditiva

A atuação da equipe no enfrentamento deste “nó crítico” basear-se-á em atitudes de prevenção secundária. O projeto consistirá em “**Ouvidos abertos para as perdas de audição**” e buscará facilitar o diagnóstico dos casos ainda incipientes de hipoacusia, permitindo o manejo precoce e o alcance de melhores resultados em longo prazo. Espera-se com o projeto aumentar a qualidade de vida dos indivíduos comumente acometidos pela moléstia, em especial os idosos. O diagnóstico precoce poderá prevenir a evolução de muitos casos para deficiências totais ou subtotais e diminuir a necessidade geral de colocação de próteses. No caso de crianças, serão almejados o melhor desempenho cognitivo e escolar e a aquisição saudável de linguagem. As ações desse projeto serão voltadas aos profissionais de saúde e irão consistir de duas estratégias basicamente. Em primeiro lugar, será feita apresentação do projeto, com orientação das equipes quanto à:

- Necessidade de alta suspeição em relação aos quadros de perdas auditivas em pacientes com possíveis diagnósticos de depressão e demência em idosos e atraso no desenvolvimento em crianças;
- Possibilidade de diagnóstico oportuno em pacientes com ocupações de risco por períodos prolongados, em trabalhadores expostos a ruídos apresentando níveis altos de estresse e em indivíduos com história familiar de perda auditiva;

- Necessidade de garantir a realização da triagem auditiva neonatal, obrigatória por lei, mantendo registro sistematizado dos recém-nascidos e realizando, se preciso, busca ativa das crianças ainda não rastreadas.

Em segundo lugar, será mantido um cadastro dos pacientes sob maior risco (recém-nascidos, >40 anos, exposição a ruído, história familiar, presença de diabetes ou comorbidades consideradas diagnósticos diferenciais), a ser atualizado anualmente em conjunto pela equipe através da inquirição ativa de possíveis problemas auditivos. Esta medida se baseia, entre outros, no fato de estudos mostrarem que a presbiacusia é a terceira condição crônica mais prevalente em idosos.

6.4 Manejo precário dos casos já diagnosticados

Esse problema será abordado através de atitudes de prevenção terciária. O projeto terá como mote “**Saúde em alto e bom tom**” e se baseará nos princípios de longitudinalidade e de integralidade do cuidado do paciente deficiente. Será utilizado o mesmo cadastro proposto no item anterior, mas nesse caso serão mantidas informações adicionais a serem periodicamente buscadas e preenchidas, de modo simples e rápido. Entre elas, teremos:

- a proposta terapêutica e de reabilitação fonoaudiológica,
- a necessidade de prótese,
- a data da última revisão audiológica e audiométrica,
- a data da última consulta otorrinolaringológica,
- a presença de orientação familiar e
- a evolução do quadro em relação à progressão da doença, resolubilidade terapêutica e efeito na qualidade de vida

Esses itens adicionais serão preenchidos anualmente de maneira oportuna, por meio das visitas dos agentes ou dos atendimentos in loco. A partir do preenchimento, serão estabelecidas as prioridades individuais, os pacientes prioritários e a possibilidade de algumas abordagens conjuntas.

6.5 Recursos críticos

Seguem adiante os recursos críticos identificados para cada um dos planos propostos:

6.5.1 “Mais silêncio para menos surdez”:

Financeiro: recursos audiovisuais, como folhetos individuais e cartazes a serem distribuídos/afixados em pontos-chave como escolas, postos de saúde e empresas, espaço em mídia para massificação da informação.

Organizacional: Organização do fluxo de informação para pontos estratégicos (escolas, empresas, UBS), formulação de equipe de formulação, produção e divulgação de material.

Cognitivos: Estratégias de comunicação/veiculação de informações de modo eficaz, conhecimento dos determinantes da doença em questão, capacidade de abordagem diferenciada dos diferentes grupos de risco, capacidade de formulação de material de divulgação eficiente.

Políticos: Mobilização social e intersetorial, reconhecimento do problema e de suas consequências financeiras e sociais.

6.5.2 “De ouvidos abertos para as perdas auditivas”:

Financeiro: Financiamento das palestras/encontros para educação continuada dos profissionais, maior disponibilidade de exames de rastreio de função auditiva para populações de risco, em especial quando solicitados pelo médico da família.

Organizacional: Capacidade de organização do cadastro e busca ativa de informações, pensamento em longo prazo, elaboração de protocolos diagnósticos.

Cognitivos: Capacidade diagnóstica e desenvolvimento de altos graus de suspeição de quadros de hipoacusia.

Políticos: Estabelecimento do local para educação continuada, fortalecimento de estratégias de fiscalização de empresas (articulação com setor Trabalho) e atividades de lazer (articulação com setor Segurança Pública).

6.5.3 “Saúde em alto e bom tom”

Financeiro: Disponibilização de exames e consultas de seguimento garantia de revisão e trocas das próteses caso necessário e dentro dos critérios de protetização.

Organizacional: adequação de fluxos de referência e contrarreferência, organização de agenda de seguimento dos pacientes diagnosticados, maior proximidade com as equipes de fonoaudiologia do NASF, programação de revisões clínicas e audiométricas periódicas, elaboração de protocolos de acompanhamento.

Cognitivos: Capacidade de planejamento em longo prazo, de manutenção de um cadastro organizado e de estabelecimento de prioridades individuais e coletivas.

Políticos: Articulação entre os elos da rede de atenção, incluindo o otorrinolaringologista, o médico da família e sua equipe e os profissionais do NASF.

6.6 Análise da viabilidade do plano

A concretização dos planos elaborados dependerá da atuação de atores diversos. A viabilidade de cada uma das estratégias, por sua vez, dependerá da motivação desses atores. A seguir, especificam-se a análise de viabilidade dos projetos propostos.

6.6.1 Mais silêncio para menos surdez

Esse projeto depende, em larga de escala, da atuação de setores de comunicação social que, guiados por profissionais capacitados no tema, construam e veiculem informações valiosas para a população. Além da motivação dos médicos e fonoaudiólogos em aderir à produção de campanhas de prevenção, exige vontade e ação políticas. É necessário que o governo seja conscientizado dos efeitos benéficos em longo prazo das iniciativas de promoção à saúde e da necessidade de investimentos pontuais no momento para que futuramente gastos maiores com atenção secundária (com consultas, terapia de reabilitação próteses) devam ser feitos. Além disso, um argumento motivacional importante para as esferas governamentais diz respeito à redução dos gastos trabalhistas públicos e privados resultantes da perda auditiva ocupacional. Em uma cidade voltada para atividades industriais, esse item torna-se de extrema importância.

6.6.2 De ouvidos abertos para as perdas auditivas

Esse projeto tem como bases a educação continuada dos profissionais e o diagnóstico precoce dos casos ainda na atenção básica. Esse diagnóstico precoce viabilizará ações de preservação de dano e intervenção oportuna que evitarão agravamento dos casos e, obviamente, aumento dos custos do governo municipal com o manejo dos deficientes em níveis de complexidade maior. Haverá ganho substancial de qualidade de vida de boa parte da população residente, pois o projeto beneficia parcela importante das pessoas: aquelas com deficiências leves que potencialmente poderão evoluir e cujo diagnóstico exige alto grau de suspeição.

6.6.3 Saúde em Alto e Bom Tom

A motivação dessa vertente do projeto está sustentada na crença de saúde como conceito ampliado, que inclui não somente ausência de doenças graves e potencialmente letais, como condições que potencialmente reduzem o bem-estar das pessoas. É papel dos sistemas de saúde modernos se preocuparem com a qualidade de vida de seus habitantes, valorizando índices de morbidade tanto

quanto os de mortalidade. Visto que deficiências auditivas levam a incapacidades sociais graves, deve-se atentar que zelar pela audição dos pacientes com hipoacusia grave é melhorar os índices gerais de saúde do município. Pacientes reabilitados plenamente em sua rotina diária são mais produtivos e podem cumprir mais satisfatoriamente seus compromissos sociais, tendo respeitada sua dignidade e cidadania.

6.7 Plano operativo

Para cada atividade proposta no âmbito da UBS será designado um responsável e um prazo de execução a ser cumprido, de modo a otimizar a implementação do plano. No Quadro abaixo, citam-se os projetos, seus respectivos prazos e responsáveis:

QUADRO 2 – Gerência das operações e prazos

PROJETO	GERENTE	PRAZOS
<i>“Mais silêncio para menos surdez”</i>	Equipe de ACS	2 meses para elaboração de material e mais 04 meses para ampla divulgação.
<i>“De ouvidos abertos para as perdas auditivas”</i>	Enfermeira e técnica de enfermagem	4 meses para elaboração de cadastro de acompanhamento e 08 meses para preenchimento. Revisão anual.
<i>“Saúde em alto e bom tom”</i>	Médico	4 meses para elaboração do projeto ampliado e 8 meses para seu preenchimento. Revisão anual.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reformulação do conceito de saúde paulatinamente construída ao longo das últimas décadas e que considera sua determinação econômica e social traz muitos desafios aos sistemas nacionais públicos de saúde. Entre eles, faz-se o destaque para a abordagem de agravos que, ainda que imputem baixa mortalidade, levam a alta morbidade e baixa qualidade de vida dos indivíduos. A deficiência auditiva representa importante exemplo desse tipo de agravo.

O cuidado prestado à saúde auditiva da população e, em especial, aos deficientes auditivos tem se mostrado incipiente no Brasil. Considera-se que, nesse caso, assim como no manejo de outras condições tradicionalmente enfrentadas direta e especificamente pelo SUS, o enfoque das práticas em saúde no âmbito da atenção primária pode ser mais custo-efetiva e resolutiva. Para tanto, faz-se necessária a sistematização das práticas em saúde auditiva no contexto da ESF.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, K.F.; BEVILACQUA, M. C.; MELO, T. M.; LOPES, C.A.; MORET, A. L. M. **Participação das famílias em Programas de Saúde Auditiva: um estudo descritivo.** *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* v.16, n.1, p. 49-53, 2011.

ANDRADE, C. L.; FERNANDES, L.; RAMOS, H. E.; MENDES, C. M. C.; ALVES, C. A. D. Programa Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: avanços e entraves da saúde auditiva no Brasil. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.** Salvador, v.12, especial, p. 404-410, dez., 2013.

BEVILACQUA, M.C. MORETTIN, M.; MELO, T.M.; AMANTINI, R. C. B.; MARTINEZ, M. A. N. S. Contribuições para análise da política de saúde auditiva no Brasil. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.** v.16, n. 3, p. 252-9, 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico de 2010**, Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>, Acesso em 18 de junho de 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional para 2013.** Brasília: IBGE, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) - 2009/2011.** Brasília: Ministério da Educação, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BUSS, P.M.; FERREIRA J.R.; **Atenção primária e promoção da saúde.** In: Ministério da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010, 110p.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família

em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.

FARIA, H. P. de; COELHO, I. B.; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A. **Modelo assistencial e atenção básica em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

IANNI, A.; PEREIRA, P. C. A.; Acesso da Comunidade Surda à Rede Básica de de saúde. **Saúde e Sociedade**. V. 18, supl. 2, 2009.

LIPAY, M.S.; ALMEIDA, E. C. A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública **Rev. Ciênc. Méd.** v. 16, n. 1, p. 31-41, jan./fev., 2007.

OLUSANYA, B. O.; NEUMANN, K. J.; SAUNDERS, J. E. The global burden of disabling hearing impairment: a call to action. **Bulletin of the World Health Organization**. v. 92, Issue 5, p. 367, May, 2014.

OLUSANYA, B.O. Addressing the global neglect of childhood hearing impairment in developing countries. **PLoS Med**. v. 4, n.6, p. 203, 2007.

PREFEITURA DE CONTAGEM. História de Contagem: De pequeno povoado a cidade referência para Minas e o País Disponível em: <http://www.contagem.mg.gov.br/?es=historia_contagem&artigo=107194> Acesso em: 29 de novembro de 2014.

SHIMAZAKI, M. E. (Org.) A Atenção Primária à Saúde. In: _ MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerias. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 2 e 3. **Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local**. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: Oficina 1 - Análise da atenção primária à saúde. Guia do Participante. Belo Horizonte, ESPMG, 2009, p. 10-16.

VIANNA, N. G.; CAVALCANTI, M. L. T.; ACIOLI, M. D.; Princípios de universalidade, integralidade e equidade em um serviço de atenção à saúde auditiva **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.19, n.7, p. 2179-2188, Jul., 2014.