PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE AUDITIVA NO BRASIL: UMA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO PLANO VIVER SEM LIMITE[1,2]

Sheila Cristina Silva de Melo[3]
Fabiola Sulpino Vieira[4]

A deficiência auditiva ocupa o terceiro lugar entre as deficiências mais prevalentes no Brasil e pode produzir desvantagens socioeconômicas para as pessoas com deficiência (PcDs). No país, o Plano Viver sem Limite (PVSL) é a mais relevante política pública de inclusão social das PcDs. Ele é coordenado pelo governo federal e foi dividido em quatro eixos, entre eles o de atenção à saúde (EAS). Assim, este artigo tem por objetivo avaliar os resultados do EAS-PVSL, com foco nas ações destinadas à saúde auditiva entre 2012 e 2019. Verificou-se que o gasto com esse eixo cresceu desde a sua implantação até 2017 e que sofreu reduções significativas a partir de 2018. Parte das metas previstas não foram alcançadas, e o programa é tido por encerrado desde 2014 pela Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (CGSPD), do Ministério da Saúde (MS), embora tenham sido incluídas novas metas no Plano Plurianual (PPA) 2016-2019 e a despeito da execução orçamentário-financeira durante e além do período analisado neste estudo. Conclui-se que houve ampliação da rede de atenção à saúde voltada às PcDs auditiva, porém os avanços ficaram aquém do planejado. Além disso, que o EAS-PVSL sofre um preocupante esvaziamento, visto que nenhuma outra iniciativa foi implantada em seu lugar.

Palavras-chave: avaliação em saúde; inclusão social; perda auditiva; pessoas com deficiência; política pública.

PROMOTION, PROTECTION AND RECOVERY OF HEARING HEALTH IN BRAZIL: A RESULT EVALUATION OF THE VIVER SEM LIMITE PLAN

Hearing loss ranks third among the most prevalent disabilities in Brazil and can produce socioeconomic disadvantages for people with disabilities (PwD). In the country, the Viver sem Limite Plan (PVSL) is the most relevant public policy for the social inclusion of PwD. It is coordinated by the federal government and was divided into four axes, including health care (EAS). Thus, this article aims to evaluate the results of the EAS-PVSL, focusing on actions aimed at hearing health between 2012 and 2019. It was found that spending on this axis grew from its implementation until 2017 and suffered significant reductions from 2018. Part of the planned goals were not achieved and the program is considered closed since 2014 by the General Coordination of PD Health of the Ministry of Health, even though new goals for the EAS-PVSL were included in the 2016-2019 Multi-Year Plan, and despite the budget-financial execution during and beyond the period analyzed in this

1. Artigo baseado na dissertação de mestrado de Sheila Cristina Silva de Melo para o Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

2. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/ppp63art5>.

3. Analista em saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE). *E-mail*: <sheilamelo.fono@gmail.com>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8159-4095>.

4. Coordenadora de estudos e pesquisas em saúde e assistência social na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea); professora colaboradora no Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da UFPE. *E-mail*: <fabiola.vieira@ipea.gov.br>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7377-7302>.

study. It is concluded that there was an expansion of the health care network aimed at hearing PwD, but the advances fell short of what was planned. The EAS-PVSL suffers a worrying depletion, as no other initiative has been implemented in its place.

Keywords: health evaluation; social inclusion; hearing loss; disabled persons; public policy.

PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y RECUPERACIÓN DE LA SALUD AUDITIVA EN BRASIL: UNA EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL PLAN VIVER SEM LIMITE

La pérdida auditiva ocupa el tercer lugar entre las más prevalentes discapacidades en Brasil y puede producir desventajas socioeconómicas para las personas con deficiencia (PcD). En el país, el Plan Viver sem Limite (PVSL) es la política pública más relevante para la inclusión social de las PcD. Está coordinado por el gobierno federal y se dividió en cuatro ejes, incluido el eje de cuidado de la salud (EAS). Así, este artículo tiene como objetivo evaluar los resultados del EAS-PVSL, centrándose en acciones dirigidas a la salud auditiva entre 2012 y 2019. Se encontró que el gasto en este eje creció desde su implementación hasta 2017 y desde 2018 sufrió importantes reducciones. Parte de las metas previstas no se cumplieron y la Coordinación General de Salud de las PcD del Ministerio de la Salud considera el EAS-PVSL cerrado desde 2014, a pesar de que nuevas metas del programa fueron incluidas en el Plan Plurianual 2016-2019, y de la ejecución presupuestaria-financiera durante y más allá del período analizado en este estudio. Se concluye que hubo una expansión de la red asistencial en salud dirigida a las PcD, pero los avances no alcanzaron lo planeado. El EAS-PVSL sufre un agotamiento preocupante, ya que no se ha implementado ninguna otra iniciativa en su lugar.

Palabras clave: evaluación en salud; inclusión social; pérdida auditiva; personas con discapacidad; política pública.

JEL: H51; I18; I38.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu deficiência como toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. Ela pode gerar incapacidade, que é toda restrição ou falta da capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida considerada normal para um ser humano, e pode produzir desvantagem, que é uma situação prejudicial para um determinado indivíduo (WHO, 1993; Brasil, 2017).

Para além das questões de ordem biomédica, há uma compreensão por parte da OMS, que se reflete na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da existência de uma interação dinâmica entre funcionalidade e deficiência, aspectos de saúde e contextuais (OMS, 2004). Reconhece-se a influência dos determinantes sociais de vida na formulação do conceito de deficiência, indo-se além da mera mensuração funcional, o que estimula a concepção de políticas de inclusão social (Farias e Buchalla, 2005), que é entendida como a possibilidade de participação e acesso das pessoas, de forma independente e segura, nos diferentes âmbitos sociais, entre eles a saúde (Branco e Almeida, 2019).

A OMS e o Banco Mundial (Bird) estimaram que há mais de 1 bilhão de pessoas com algum tipo de incapacidade no mundo. Esse número representa aproximadamente 15% da população mundial, sendo observada maior incidência em mulheres, idosos e pessoas em situação de pobreza extrema. Estimou-se que, no mínimo, 10% das crianças nascem com algum tipo de deficiência ou a adquirem durante o seu desenvolvimento (WHO e World Bank, 2012). Segundo dados do Censo Demográfico 2010, havia em torno de 45,6 milhões de brasileiros com algum tipo de deficiência naquele ano. Desse total, mais de 17,7 milhões (6,7%) foram classificadas como pessoas com deficiência (PcDs) "severas". A deficiência auditiva ocupou o terceiro lugar entre as mais prevalentes (1,1%) (IBGE, 2012). Considerando os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, estimou-se que o número de PcD no país seja de 17,3 milhões, com idade de 2 anos ou mais (IBGE, 2021).

A diferença entre esses números deve-se a questões metodológicas, que impactaram os questionários de ambas as pesquisas. No Censo 2010, as perguntas consideraram qualquer grau de dificuldade das pessoas em desempenhar certas funções, considerando como parâmetro a CIF. Na PNS 2019, são consideradas PcDs apenas aquelas que responderam ter *muita dificuldade* ou *não consegue de modo algum* enxergar, ouvir ou caminhar/subir degraus, ou ainda os que tiverem alguma deficiência mental/intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar ou ir à escola (IBGE, 2018). Trata-se de um contingente expressivo de pessoas, mesmo após os ajustes de natureza metodológica entre as duas pesquisas.

Tendo em vista o número significativo de PcD, a inclusão social é uma questão relevante e muito discutida em níveis nacional e internacional. Há uma compreensão de que se alcança a justiça social quando há aumento de oportunidades para que maior número de pessoas participe efetivamente da vida social (Braga e Schumacher, 2013). Para tanto, a acessibilidade, que é a promoção da participação dos indivíduos, com segurança e autonomia, em espaços sócio-organizacionais públicos e privados, é fundamental (Branco e Almeida, 2019).

No Brasil, o Decreto nº 7.612/2011 instituiu o Plano Nacional dos Direitos da PcD, chamado de Plano Viver sem Limite (PVSL), que constitui um conjunto de compromissos assumidos pelo governo federal sobre os direitos das PcDs. Seu objetivo é promover a equiparação de oportunidades para que a deficiência não seja um fator de limitação social (Brasil, 2011). As metas desse programa foram divididas em quatro eixos estratégicos, entre eles o de atenção à saúde – EAS-PVSL (Brasil, 2013). Na atualidade, o PVSL constitui a mais importante política pública voltada à inclusão social das PcDs e o EAS-PVSL é o programa mais relevante para a promoção da saúde desse grupo populacional.

Políticas e programas governamentais precisam ser avaliados, o que implica o exame dos processos para sua implementação, dos produtos gerados e de sua qualidade, das ações realizadas e dos efeitos obtidos (Rua, 2009). Trata-se de um mecanismo valioso de gestão, pois proporciona subsídios para o aprimoramento da qualidade dos investimentos públicos (Meressi, Oliveira e Piletti, 2018).

Considerando a relevância do PVSL como política pública federal para garantia dos direitos das PcDs, o objetivo deste artigo é avaliar os resultados do EAS-PVSL no período 2012-2019, especialmente em relação às ações destinadas à promoção da saúde auditiva. O artigo está dividido em seis seções, contando com esta introdução. Na seção 2, apresenta-se a legislação brasileira sobre os direitos das PcDs e o PVSL. Na seção 3, maior destaque é dado à avaliação de políticas e programas governamentais no campo da saúde. Na seção 4, a metodologia da avaliação é esmiuçada e, na seção 5, os resultados são apresentados e discutidos. Por último, são realizadas considerações finais sobre o EAS-PVSL e a respeito deste trabalho.

2 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE OS DIREITOS DAS PcDs E O PVSL

Historicamente, as PcDs têm lutado por direitos e políticas que promovam seu acesso igualitário aos espaços sócio-organizacionais. Os primeiros movimentos sociais em torno dessa agenda datam da década de 1960. Desde então, houve avanços importantes, e, na América Latina, o Brasil é considerado um dos países mais inclusivos devido às medidas legislativas e judiciais adotadas que promovem a inclusão social das PcDs (Brasil, 2012).

Como resultado desse processo de luta por direitos, tanto no contexto nacional quanto internacional, promoveu-se uma mudança na definição de deficiência na legislação brasileira, passando-se de uma visão biomédica para uma compreensão mais abrangente a respeito das suas causas e consequências. Isso gerou impactos sobre os meios utilizados pelos governos para intervenção sobre os problemas.

No Decreto nº 3.298/1999, que regulamenta a Lei nº 7.853/1989, Lei de Apoio às Pessoas Portadoras de Deficiência, a deficiência tem uma definição limitada aos aspectos funcionais do corpo, a partir de uma perspectiva estritamente individual (Brasil, 1999). Enquanto na Lei nº 10.098/2000 fica demonstrada a preocupação com a inclusão social das PcDs, na medida em que se propõe eliminar barreiras e obstáculos para a sua participação plena na sociedade (Brasil, 2000).

Uma década e meia depois, na Lei nº 13.146/2015, Lei Brasileira de Inclusão da PcD, observa-se uma preocupação com os efeitos da exclusão social dos indivíduos em razão de um impedimento físico, mental, intelectual ou sensorial. Foram declarados como seus propósitos assegurar e promover, de forma igualitária, a inclusão social e o exercício da cidadania por parte das PcDs, tendo por base os preceitos da Convenção sobre os Direitos das PcDs (Brasil, 2015). Isso explicita uma mudança na forma de compreender a questão, com repercussões para a formulação e a implementação de políticas públicas.

No campo da saúde, em 2002, a Política Nacional de Saúde da PcD estabeleceu entre as suas diretrizes: promoção da qualidade de vida; assistência integral à saúde; prevenção de deficiências; ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; organização e funcionamento dos serviços de atenção à PcD; e capacitação de recursos humanos (Brasil, 2017).

Entre as políticas públicas voltadas à inclusão social das PcDs, o PVSL é a mais relevante. Foi lançado em 2011 e constitui um conjunto de compromissos assumidos pelo governo federal, baseados em recomendações da Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os direitos das PcDs e nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de universalidade e igualdade de acesso a bens e serviços de saúde. Foram previstos investimentos de R$ 7,6 bilhões a partir da instituição do plano em 2011 até 2014, e metas para seus quatro eixos estratégicos: acesso à educação, inclusão social, acessibilidade e atenção à saúde (Brasil, 2013).

O EAS-PVSL apresenta metas relacionadas a cinco categorias. A primeira trata da identificação e intervenção precoce de deficiências, com ênfase nos programas de triagem neonatal (TN); a segunda diz respeito à publicação de novas diretrizes terapêuticas; a terceira trata da ampliação do acesso por meio da qualificação e da criação de centros especializados em reabilitação (CER); a quarta foca as oficinas ortopédicas para a ampliação da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção; e a quinta diz respeito à atenção odontológica direcionada às PcDs

(Brasil, 2013). Como programa governamental, o EAS-PVSL reforça o propósito da Política Nacional de Saúde da PcD e lhe dá concretude, visando à reabilitação, proteção e promoção da saúde dessas pessoas, assim como à prevenção de agravos que determinem a ocorrência de deficiências (Brasil, 2017).

Como se pode constatar, o Brasil evoluiu na explicitação de direitos das PcDs e na formulação de políticas públicas inclusivas. Entretanto, ainda é necessário que haja eficácia e efetividade na implementação das ações, e que os resultados esperados sejam alcançados. As PcDs avaliam que algumas políticas ainda não são efetivas ou adequadas para a sua inclusão social (Pagliuca *et al*., 2015). Isso reforça a relevância da avaliação dessas políticas, seja para corrigir os rumos da ação governamental, seja para mantê-los, se os resultados se mostrarem positivos.

3 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS

Na literatura em saúde, é pouco usual encontrar a apresentação dos conceitos de políticas e de programas públicos em trabalhos que tenham por objeto intervenções governamentais para o enfrentamento de problemas. É possível que isso ocorra pela falta de clareza dos autores sobre o que os diferencia, como destaca Lassance (2021). O autor conceitua política como "uma proposta institucionalizada para a solução de um problema central" e programa como "a solução dada a cada um dos problemas causais que explicam o problema central da política" (Lassance, 2021, p. 63). Como o problema central tratado na política geralmente tem causas diversas e complexas, o seu enfrentamento demanda a implementação de mais de um programa.

As políticas públicas são caracterizadas por um conjunto de ações descritas em um planejamento realizado pelos governos, cujo principal objetivo é garantir os direitos dos cidadãos. Elas representam decisões e interesses políticos no que se refere à alocação dos recursos (Faro, 2013; Estevão e Ferreira, 2018). Em razão da importância das políticas e dos programas para a efetivação de direitos e a regulação das diversas atividades que se realizam em um país, abrangendo as dimensões política, econômica e social, há consenso a respeito da relevância de sua avaliação.

Contandriopoulos *et al*. (1997) destacaram que os objetivos das avaliações podem ser oficiais ou oficiosos. Os primeiros são divididos em: estratégico (voltado ao planejamento da intervenção), formativo (melhorá-la durante a implementação), somativo (determinar seus efeitos) e fundamental (contribuir para o progresso dos conhecimentos). Os objetivos oficiosos podem ser diversos, conforme os atores do processo. A esse respeito, Figueiró, Frias e Navarro (2010), tendo por base políticas e programas do campo da saúde, defendem que as avaliações devem ser realizadas com o propósito de contribuir para a tomada de decisão dos seus responsáveis, visando à melhoria das intervenções e à qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde.

Existem várias metodologias e classificações para a avaliação de políticas públicas e programas. A escolha por uma ou mais delas vai depender da habilidade técnica, das características dos dados, do momento da avaliação, entre outros (Meressi, Oliveira e Piletti, 2018). Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004) dividem as abordagens da avaliação em seis categorias. Entre elas, as avaliações centradas em objetivos são realizadas com o propósito de julgar em que medida os propósitos da política ou do programa foram alcançados. Epistemologicamente, filiam-se às correntes filosóficas e ideológicas objetivista e utilitarista. Segundo o objetivismo, as informações da avaliação devem utilizar técnicas de coleta e análise dos dados que produzam resultados reproduzíveis e verificáveis por outras pessoas. O utilitarismo estabelece que o valor de um programa é determinado a partir da estimativa do impacto global dele sobre seu público-alvo.

Quanto aos julgamentos de valor, que são definidos como declarações a respeito do mérito do programa, sua validade e significado são gerados a partir da comparação entre os achados e a interpretação dos resultados da avaliação em relação aos padrões prévios selecionados para tanto. Esses padrões ou referenciais podem ter relação com os objetivos do programa, as normas profissionais, o desempenho de programas semelhantes, entre outros (Alves *et al.*, 2010).

Em relação às dimensões a serem consideradas, alguns autores defendem que, na avaliação de políticas públicas, a questão orçamentária ultrapassa o âmbito econômico e é permeada pela chamada "economia política", porque envolve escolhas políticas. O que se espera é que os recursos finitos sejam alocados visando ao aprimoramento da qualidade dos investimentos públicos (Meressi, Oliveira e Piletti, 2018).

Em 2018, o governo federal publicou dois referenciais metodológicos sobre a avaliação de políticas públicas. Os principais objetivos dessas publicações são fornecer uma padronização sobre as abordagens de avaliação de políticas e programas públicos e fomentar essa prática por parte dos gestores. Os referenciais estão relacionados ao momento da avaliação e são classificados em: *ex-ante*, avaliações realizadas antes da implementação da política pública, e *ex-post*, quando a política está em andamento (Brasil, 2018a; 2018b).

O guia prático de análise *ex-post* classifica as avaliações em executiva e específicas. Entre as específicas, a avaliação de resultados tem como finalidade responder se os objetivos propostos foram alcançados ou não. Essa avaliação considera os indicadores que estão ligados direta e indiretamente à política (Brasil, 2018b). Assim, a partir da categorização proposta por Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004) para as abordagens avaliativas, pode-se classificar a avaliação de resultados descrita no guia federal como avaliação centrada em objetivos, a qual foi conduzida neste trabalho.

4 METODOLOGIA

Realizou-se uma avaliação de resultados do EAS-PVSL no período 2012-2019, observando-se as orientações contidas no guia mencionado (Brasil, 2018b). Os dados foram obtidos a partir das seguintes fontes:

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 (IBGE, 2015a; 2015b; 2015c);
- IBGE, Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA);[1]
- Senado Federal, Sistema de Informações sobre o Orçamento Federal (Siga Brasil);[2]
- MS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);[3]
- MS, Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS);[4]
- MS por meio da Controladoria-Geral da União (CGU), informações sobre o EAS-PVSL a partir de solicitação de acesso à informação, registrada no Sistema Eletrônico de Informações ao Cidadão (e-SIC);[5]
- Tribunal de Contas da União (TCU), relatórios anuais de gestão das secretarias do MS e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS);[6] e
- Ministério da Economia (ME), relatórios de avaliação dos planos plurianuais (PPAs) do governo federal.[7]

Os gastos do governo federal foram identificados por planos orçamentários associados ao EAS-PVSL e os valores, corrigidos monetariamente pelo IPCA para preços de 2019.

Construiu-se um modelo lógico a fim de organizar as ações previstas no EAS-PVSL e conectá-las aos resultados esperados, pois não se identificou tal modelo em documentos elaborados e publicados pelos formuladores do programa, algo muito comum na administração pública brasileira (Champagne *et al.*, 2011). Para tanto, observaram-se as recomendações de Cassiolato e Gueresi (2010). As ações previstas no modelo foram baseadas em documento oficial sobre a política (Brasil, 2013).

1. Disponível em: <https://bit.ly/3CekrSW>. Acesso em: 30 dez. 2022.
2. Disponível em: <https://bit.ly/3C7FkyP>. Acesso em: 30 dez. 2022.
3. Disponível em: <https://bit.ly/3jGhfsy>. Acesso em: 30 dez. 2022.
4. Disponível em: <https://bit.ly/3R71Q13>. Acesso em: 30 dez. 2022.
5. Disponível em: <https://bit.ly/3jux8lS>. Acesso em: 30 dez. 2022.
6. Disponível em: <https://bit.ly/3vop8FU>. Acesso em: 30 dez. 2022.
7. Disponível em: <https://bit.ly/3VtWGgt>. Acesso em: 30 dez. 2022.

O foco da avaliação de resultados foi dado às ações que possibilitam a obtenção de informações acerca da população beneficiada, com destaque para a promoção da saúde auditiva. Dessa forma, consideraram-se quatro resultados entre os cinco previstos para o EAS-PVSL: deficiências identificadas e tratadas precocemente; atendimento ampliado de PcD em CER; acesso ampliado de PcD a órteses e próteses; e atendimento ampliado das PcDs quanto às ações de atenção odontológica.

As perguntas utilizadas para subsidiar a avaliação foram: Os resultados esperados/planejados em relação às metas do EAS-PVSL foram alcançados? A taxa de cobertura dos serviços desse eixo apresentou crescimento durante o período avaliado? O número de pessoas beneficiadas por esses serviços aumentou ao longo do tempo? O objetivo do EAS-PVSL foi atingido?

Os dados coletados relacionam-se com as metas e os resultados esperados, estabelecidos pelos responsáveis pelo programa, e com a evolução da oferta e da cobertura populacional por serviços de saúde específicos. Foram tabulados e analisados com o suporte do *software* Excel 16.0 e interpretados de forma quantitativa. Utilizaram-se os seguintes indicadores:

- população beneficiada e cobertura do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN);
- cobertura da triagem auditiva neonatal (TAN);
- número de beneficiados, quantidade de procedimentos e cobertura dos CERs;
- quantidade de beneficiados e procedimentos executados pelas oficinas ortopédicas;
- população beneficiada pela oferta de órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs), número de concessões e de procedimentos efetuados; e
- população beneficiada pelo atendimento nos centros de especialidades odontológicas (CEOs) e quantidade de procedimentos realizados.

Por utilizar dados secundários de acesso e domínio público, não se fez necessário o registro e a avaliação deste estudo por Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PcD auditiva no Brasil

A tabela 1 apresenta a distribuição média de PcD auditiva segundo sexo, raça/cor, faixa etária e nível de instrução. Em 2019, a deficiência auditiva[8] foi mais prevalente entre pessoas da cor ou raça branca (1,2%), na faixa etária de 60 anos ou mais (4,3%) e sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto (2,9%). Ela é o segundo tipo mais frequente entre as de natureza sensorial e pode provocar grandes impactos para a PcD porque a organização sensorial é fundamental para o processo de aprendizagem e desenvolvimento de atividades cotidianas (Lane *et al.*, 2019).

TABELA 1
Proporção de PcD auditiva de 2 anos ou mais de idade segundo sexo, raça/cor, faixa etária e nível de instrução – Brasil (2019)

Categorias	(%)
Sexo	
Feminino	1,1
Masculino	1,1
Raça/cor	
Branca	1,2
Preta	1,1
Parda	1,1
Faixa etária	
De 2 a 9 anos	0,1
De 10 a 17 anos	0,2
De 18 a 29 anos	0,3
De 30 a 39 anos	0,5
De 40 a 59 anos	0,9
60 anos ou mais	4,3
Nível de instrução[1]	
Sem instrução e fundamental incompleto	2,9
Fundamental completo e médio incompleto	0,8
Médio completo e superior incompleto	0,6
Superior completo	0,5

Fonte: IBGE (2021).
Elaboração das autoras.
Nota: [1] Consideraram-se as pessoas de 18 anos ou mais de idade.

8. A deficiência auditiva é um dos tipos de privação sensorial e pode ser caracterizada pela diferença entre o desempenho auditivo do sujeito e a habilidade adequada para percepção dos estímulos sonoros (Silman e Silverman, 1997).

Na tabela 2, apresenta-se a proporção média de PcD auditiva de acordo com o grau de limitação para realizar atividades habituais, considerando dados da PNS 2013 (IBGE, 2015a), uma vez que resultados sobre essa questão não constam da publicação da PNS 2019 (IBGE, 2021). Verifica-se que a maioria das pessoas informou pouca ou nenhuma limitação para realização dessas atividades (56,4%). Nesta categoria, as PcDs auditiva do sexo masculino destacaram-se nacionalmente e em grande parte das regiões (Norte, Sudeste e Centro-Oeste). No entanto, entre os que declararam grau intenso ou muito intenso de limitações (20,6%), houve predomínio de pessoas do sexo feminino nas médias nacional e das regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste.

TABELA 2
Média de PcD auditiva na população total por Grandes Regiões, segundo o grau de limitação para realizar atividades habituais – Brasil (2013)
(Em %)

Grandes Regiões	Sexo		**Total**
	Masculino	Feminino	
Grau intenso/muito intenso de limitações			
Brasil	19,8	21,5	**20,6**
Norte	26,8	26,4	**26,6**
Nordeste	23,8	25,4	**24,6**
Sudeste	17,1	20	**18,5**
Sul	18,6	18,2	**18,4**
Centro-Oeste	17,1	21,9	**19,3**
Pouca ou nenhuma limitação			
Brasil	59,3	53,3	**56,4**
Norte	60,3	51,6	**56,4**
Nordeste	49,4	51,7	**50,5**
Sudeste	64,2	51,7	**58,2**
Sul	60,9	62,6	**61,8**
Centro-Oeste	64,2	43,4	**54,5**

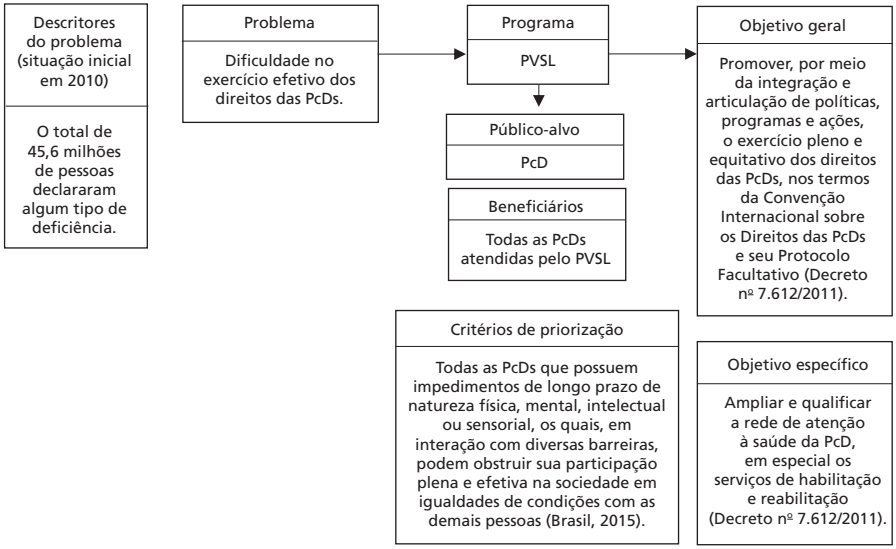
Fonte: IBGE (2015a).
Elaboração das autoras.

Na caracterização do público-alvo apresentada, não se tem a real dimensão do tamanho desse grupo populacional e das condições de vulnerabilidade das PcDs auditivas no Brasil atualmente. A defasagem de informações populacionais disponibilizadas pelo IBGE, em virtude do atraso na realização do Censo Demográfico 2020, contribui para tanto.

5.2 Modelo lógico do EAS-PVSL

Em relação ao modelo lógico do EAS-PVSL, antes de sua elaboração, produziu-se a descrição do problema e do PVSL a fim de possibilitar compreensão mais ampla sobre os objetivos do programa, conforme recomendam, na figura 1, Cassiolato e Gueresi (2010). Nessa figura, evidencia-se no objetivo específico o propósito da política no campo da atenção à saúde das PcDs.

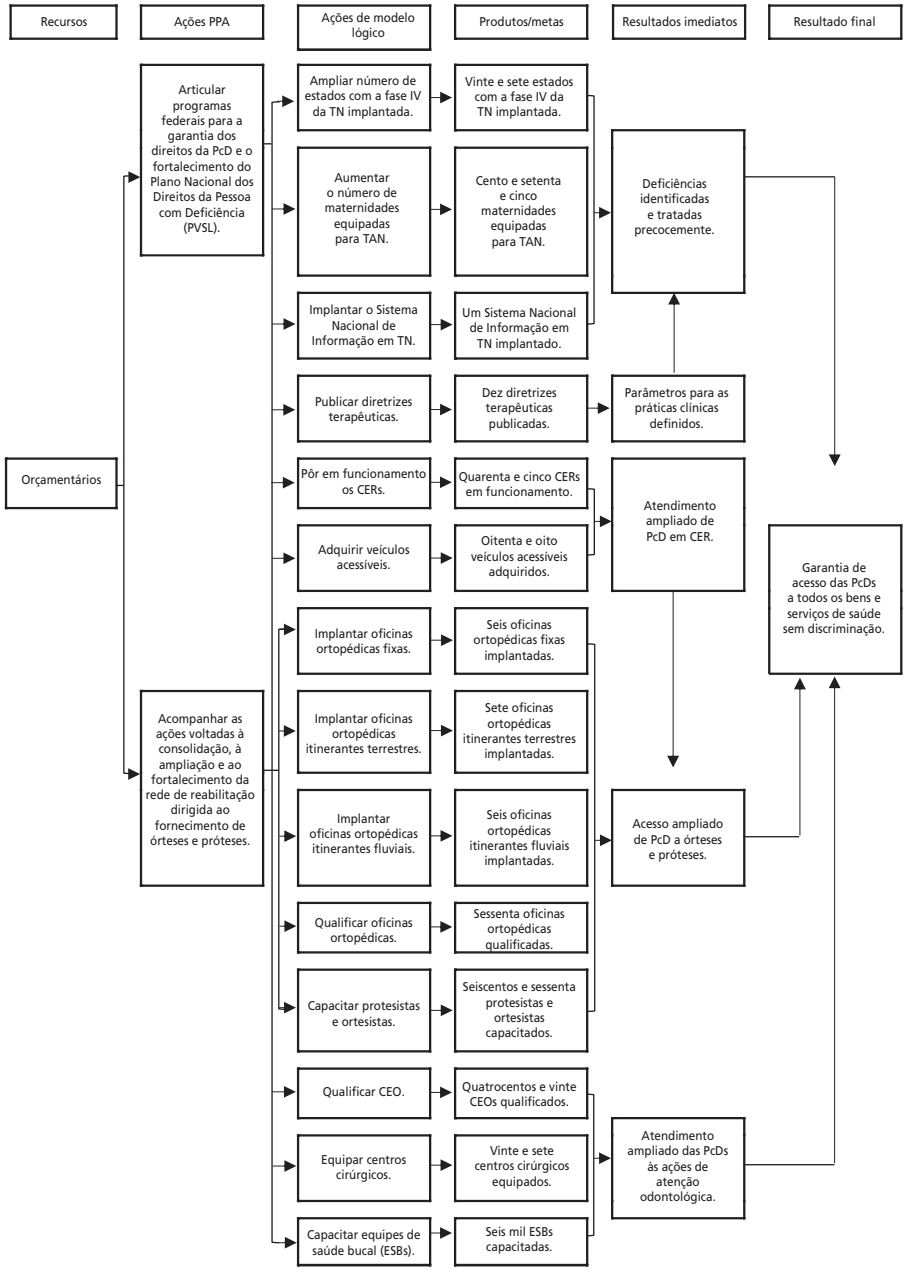
FIGURA 1
Referências básicas para a descrição do problema e do PVSL



Elaboração das autoras.

Na figura 2, apresenta-se o modelo lógico elaborado a partir da análise dos relatórios dos PPAs e do documento de lançamento do plano. O modelo lógico é relevante porque explicita os vínculos entre uma intervenção e seus efeitos, documenta o sentido de um programa, revela o conjunto de hipóteses necessárias para que a intervenção melhore a situação identificada, explicita o caminho tomado pelos atores e seus objetivos e constitui ferramenta de comunicação por resumir a lógica adotada na formulação do programa (Champagne *et al.*, 2011).

FIGURA 2
Modelo lógico do EAS-PVSL



Fonte: Brasil (2013).
Elaboração das autoras.

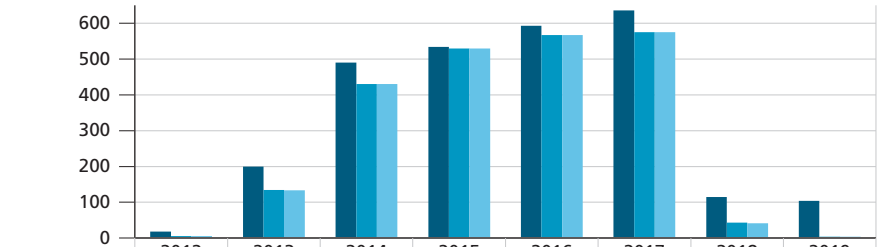
Constata-se, na figura 2, que as ações e os produtos/metas do PVSL estão centrados no diagnóstico e tratamento precoce das deficiências, em orientações para subsidiar a prática clínica, na ampliação do atendimento de PcD em CER, no maior acesso dessas pessoas a órteses e próteses e no atendimento ampliado desse público-alvo pelas ações de atenção odontológica. Ou seja, o cuidado com a saúde da PcD foi pensado tendo em vista a garantia da integralidade da atenção à saúde.

Historicamente, as políticas de assistência à saúde das PcDs eram organizadas de forma fragmentada, sem a observância dos princípios do SUS (Campos, Souza e Mendes, 2015). Dessa forma, a proposta do EAS-PVSL representa um avanço. Ainda assim, ele não contempla o enfrentamento de um importante obstáculo para o atendimento das PcDs auditivas nas unidades de saúde, que é a barreira linguística, decorrente da falta de capacitação dos profissionais de saúde e de intérpretes da Língua Brasileira de Sinais – Libras (Souza *et al.*, 2017).

5.3 Execução orçamentário-financeira

Quanto à execução orçamentário-financeira, observa-se no gráfico 1 ampliação dos recursos alocados ao EAS-PVSL até 2017. A partir de 2018, houve redução significativa do gasto, especialmente em termos de liquidação e pagamento da despesa. Em 2019, dos R$ 103,9 milhões empenhados, somente R$ 4,2 milhões foram liquidados (4%) e R$ 3,5 milhões, pagos (3,2%).

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



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Empenhada	17,8	199,8	489,9	533,6	592,6	635,6	114,2	103,9
Liquidada	5,3	133,9	430,0	529,3	567,0	575,2	43,2	4,2
Paga	5,3	133,7	430,0	529,2	566,8	575,2	40,9	3,5

Fonte: Siga Brasil. Disponível em: <https://bit.ly/3C7FkyP>. Acesso em: 30 dez. 2022.
Elaboração das autoras.
Obs.: 1. A variável *plano orçamentário (PO)* não está disponível no Siga Brasil para 2012. Para esse ano, consideram-se os valores executados na ação orçamentária (AO) 6181.
2. Foram consideradas as despesas registradas nos seguintes POs, designados como *Viver Sem Limite*: 0003, 0004, 0006 e 0008, englobando recursos alocados às seguintes AOs: 20YD, 20YI, 8535, 8585, 8730 e 6181.
3. Os valores foram corrigidos para preços de 2019 pela variação média anual do IPCA.

Na tabela 3, a despesa liquidada é apresentada por modalidade de aplicação e grupo de natureza da despesa. Verifica-se que quase a totalidade dos recursos foi executada por transferência aos municípios e aos estados (98,9%). Esses dados revelam a observância das responsabilidades dos entes federativos e das diretrizes do SUS, especialmente quanto à descentralização das ações e dos serviços de saúde em favor dos municípios (Brasil, 1990). Em relação aos grupos de despesa, do total de recursos alocados entre 2012 e 2019, R$ 2,04 bilhões foram para o custeio dos serviços (89%) e R$ 248,2 milhões, para investimentos na rede de atenção à saúde das PcDs (11%).

TABELA 3
Despesa liquidada pelo MS em ações do EAS-PVSL, segundo modalidades de aplicação e grupos de natureza da despesa (2012-2019)
(Em R$ de 2019)

Ano	Modalidades de aplicação				Total	Grupos de despesa	
	Transferências aos municípios	Transferências aos estados	Aplicações diretas	Outras		Custeio	Investimento
2012	230.845	1.316.562	2.982.375	744.662	5.274.445	3.727.037	1.547.408
2013	73.233.673	60.147.432	506.679	-	133.887.784	133.769.227	118.558
2014	306.925.810	114.113.693	7.004.246	1.991.462	430.035.211	421.528.635	8.506.576
2015	401.281.478	127.141.414	858.155	-	529.281.047	464.096.569	65.184.478
2016	433.903.919	131.035.663	1.850.180	222.370	567.012.132	458.717.531	108.294.601
2017	438.971.540	135.820.496	364.716	3.607	575.160.360	554.578.867	20.581.492
2018	32.209.275	6.590.472	4.367.158	-	43.166.905	3.329.829	39.837.077
2019	2.149.925	2.025.355	4.175.280	-	8.350.560	-	4.175.280
Total	**1.688.906.465**	**578.191.088**	**22.108.790**	**2.962.101**	**2.292.168.445**	**2.039.747.695**	**248.245.470**

Fonte: Siga Brasil. Disponível em: <https://bit.ly/3C7FkyP>. Acesso em: 30 dez. 2022.
Elaboração das autoras.
Obs.: 1. A variável *PO* não está disponível no Siga Brasil para 2012. Para esse ano, consideram-se os valores executados na AO 6181.
2. Foram consideradas as despesas registradas nos seguintes POs, designados como *Viver Sem Limite*: 0003, 0004, 0006 e 0008, englobando recursos alocados às seguintes AOs: 20YD, 20YI, 8535, 8585, 8730 e 6181.
3. Os valores foram corrigidos para preços de 2019 pela variação média anual do IPCA.

O orçamento público constitui uma fonte relevante de informação por meio da qual se pode concluir sobre o quão as políticas e os programas governamentais são priorizados pelos governos (Oliveira, 2009). Os dados apresentados no gráfico 1 e na tabela 3 explicitam a perda de prioridade do EAS-PVSL a partir de 2018, mostrando que ele saiu do centro da agenda do governo. Mais restrição orçamentária, como a enfrentada pelo SUS federal nos últimos anos em decorrência da aprovação do teto de gastos em 2016, explica em parte essa perda de prioridade (Jaccoud e Vieira, 2018; Vieira, Piola e Benevides, 2019). Mas é provável que outros fatores influenciem esse processo.

5.4 Execução das metas físicas

Em relação às metas físicas do PVSL, inicialmente, foram previstas para o período de 2011 a 2014. Mas, ao contrário do que afirmou Vianna (2018) e o responsável pela CGSPD, em resposta a pedido de acesso a dados de execução do EAS-PVSL, o programa não findou em 2014. Os compromissos do MS com o plano continuaram em vigência após esse período, tendo sido estabelecidas as seguintes metas no PPA 2016-2019 (Brasil, 2016a):

- 03WX: incentivar a adesão de quatrocentos CEOs à Rede de Cuidados à PcD;
- 03WY: implantar 98 CERs;
- 03X0: implantar cinquenta oficinas ortopédicas no país;
- 04FV: ofertar 98 novos veículos adaptados acessíveis para transporte de PcD;
- 04FW: ampliar o acesso à TAN por meio da equipagem de 737 maternidades no país; e
- 04SA: elaborar e publicar dez novas diretrizes de atenção à saúde da PcD.

Além disso, no PPA 2016-2019, foi estabelecida a seguinte iniciativa: 06OO-ampliação do acesso ao cuidado à saúde das mulheres com deficiência por meio da aquisição de equipamentos acessíveis para as unidades de saúde em todas as regiões do país. Ademais, houve execução orçamentário-financeira do EAS-PVSL em todo o período analisado, como visto anteriormente (2012-2019).

Interessante notar que, a despeito da ausência de metas no PPA 2020-2023 (Brasil, 2019), observou-se também alocação de recursos para o programa em 2020 (empenho de R$ 87,9 milhões) e em 2021 (valor autorizado de R$ 111,8 milhões), conforme dados obtidos do Siga Brasil, o que permite concluir que ele continua sendo implementado, ainda que tenha sido removido do centro da agenda do governo federal.

Na tabela 4, considerando como fonte os relatórios de gestão submetidos pelas secretarias do MS ao TCU, verifica-se que, até 2014, das quatorze metas descritas, oito foram atingidas, segundo os relatórios de gestão (57%). Esse percentual aumenta se o prazo for estendido para 2019 (71%). Quando se consideram os relatórios de avaliação do PPA até 2014, apenas sete das quatorze metas estabelecidas foram concluídas (50%), e até 2017, último ano com dados disponíveis, chega-se a 57%. É curioso notar que há diferença na informação constante de cada relatório, o que em princípio não deveria ocorrer.

TABELA 4
Execução das metas físicas do EAS-PVSL, segundo a fonte de informação (Em %)

Metas	Relatórios de gestão enviados ao TCU (2012-2019)		Relatórios de avaliação do PPA (2012-2017)	
	Dezembro de 2014	Dezembro de 2019	Dezembro de 2014	Dezembro de 2017
Vinte e sete estados com a fase IV da TN implantada	100,0	100,0	100,0	100,0
Cento e setenta e cinco maternidades equipadas para TAN	22,3	71,4	0,0	42,8
Um sistema nacional de informação em TN implantado	100,0	100,0	0,0	0,0
Dez diretrizes terapêuticas publicadas	90,00	170,00	90,00	110,00
Quarenta e cinco CERs em funcionamento	273,4	555,5	273,4	435,5
Oitenta e oito veículos acessíveis adquiridos	176,1	392,0	122,7	122,7
Seis oficinas ortopédicas fixas implantadas	400,0	616,6	400,0	583,3
Sete oficinas ortopédicas itinerantes terrestres implantadas	0,0	100,0	0,0	0,0
Seis oficinas ortopédicas itinerantes fluviais implantadas	0,0	0,0	0,0	0,0
Sessenta oficinas ortopédicas qualificadas	61,7	61,7	61,6	61,6
Seiscentos e sessenta protesistas e ortesistas qualificados	222,1	222,1	550,00	550,00
Quatrocentos e vinte CEOs qualificados	117,6	141,6	117,6	132,1
Vinte e sete centros cirúrgicos equipados	300,0	300,0	300,0	300,0
Seis mil ESBs capacitadas	75,8	75,8	96,9	96,9

Fontes: Relatórios anuais de gestão da SAS e das secretarias do MS encaminhados ao TCU (disponível em: <https://bit.ly/3vop8FU>); e relatórios anuais de avaliação dos PPA (disponível em: <https://bit.ly/3VtWGgt>).
Elaboração das autoras.

Quanto às metas adicionais do PPA 2016-2019, verificou-se que, até 2019, das seis metas estabelecidas, apenas duas foram alcançadas. A implantação de 98 CERs, com um percentual de alcance de 117,3%, e a oferta de 98 novos veículos adaptados acessíveis para transporte de PcD, com um percentual de alcance de 193,8%. A ampliação do acesso à TAN por meio da equipagem de 737 maternidades apresentou o menor percentual entre as metas adicionais, apenas 11%. Para a adesão de quatrocentosCEOs à rede de cuidados da PcD, implantação de cinquenta

oficinas ortopédicas e publicação de dez novas diretrizes de atenção à saúde da PcD, observaram-se percentuais de 25,25%, 40% e 50%, respectivamente.

Problemas como capacidade técnica insuficiente de gestores de saúde para a celebração de convênios, pouco conhecimento da CGSPD sobre a realização de atas de registros de preços e falta de experiência do próprio MS para contratação e licitação de equipamentos para as oficinas itinerantes foram citados nos relatórios do TCU como possíveis causas para o não cumprimento das metas. Além disso, boa parte dos relatórios analisados, de ambas as fontes, não dispunham de informações detalhadas sobre a capacitação das ESBs voltadas ao PVSL.

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

Em relação aos estabelecimentos equipados com dispositivos para a realização de exames audiológicos e adaptação/manutenção de próteses auditivas, verifica-se que houve ampliação em mais de 60% para todos os equipamentos entre 2012 e 2019 (tabela 5).

TABELA 5
Estabelecimentos com atendimento no SUS, segundo os equipamentos para a realização de exames auditivos, adaptação e programação de próteses auditivas (2012-2019)

Equipamentos	Número de estabelecimentos								Variação 2012-2019 (%)
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Realização de exames auditivos eletrofisiológicos									
EOAT	309	376	431	488	532	571	614	661	114
EOAPD	203	243	281	314	351	366	395	412	103
Peate	109	124	139	154	169	180	203	211	94
Realização de exames auditivos básicos									
Audiômetro	447	528	595	631	662	698	744	768	72
Imitanciômetro	279	333	377	408	442	473	504	524	88
Cabine	500	593	673	732	797	843	889	919	84
Campo livre	192	225	249	271	285	294	316	328	71
VRA	121	138	151	162	170	178	190	198	64

(Continua)

(Continuação)

Equipamentos	Número de estabelecimentos								Variação 2012-2019 (%)
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Adaptação e programação de próteses auditivas									
Ganho de inserção	104	125	138	150	159	167	186	195	88
HI-PRO	119	141	153	170	184	190	199	196	65

Fonte: CNES. Disponível em: <https://bit.ly/3jGhfsy>. Acesso em: 30 dez. 2022.
Elaboração das autoras.
Obs.: EOAT – emissões otoacústicas transientes; EOAPD – emissões otoacústicas por produto de distorção; PEATE – potencial evocado auditivo de tronco encefálico de curta, média e longa latência; VRA – sistema completo de reforço visual; e HI-PRO – equipamento programador de aparelho auditivo.

A produção ambulatorial, contudo, se mostrou aquém do aumento dos estabelecimentos habilitados (tabela 6). Enquanto o número de estabelecimentos equipados com EOAT cresceu 114%, a quantidade de TAN (EOA) aumentou 63%. O mesmo se observou para as unidades com PEATE (94%) e a quantidade de TAN (PEATE) (25%). Também se nota que a TAN aumentou em patamar inferior ao da TN (156%), o que pode ser um indício de que nem todos os recém-nascidos (RNs) tiveram acesso à TAN. Esse achado é corroborado por Paschoal, Cavalcanti e Ferreira (2017), que afirmam que a cobertura de TAN no Brasil é baixa e desigual. Isso é bastante preocupante, uma vez que ela constitui o passo inicial para o diagnóstico da perda auditiva.

TABELA 6
Produção ambulatorial do SUS em nível nacional, por local de residência, segundo a quantidade apresentada de procedimentos (2012-2019)

Procedimentos	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variação 2019-2012 (%)
TN	3.717.553	5.029.264	8.283.489	9.305.409	8.896.783	9.621.189	9.622.323	9.526.887	156
TAN (EOA)	583.666	576.490	812.814	1.124.146	734.277	793.981	930.758	954.173	63
TAN (Peate)	22.421	17.919	14.171	17.369	18.062	18.274	22.568	28.136	25
OPME	4.665.251	5.005.934	5.657.228	5.870.786	6.238.464	6.896.424	7.390.869	8.065.063	73
OPME auditiva	250.692	267.662	298.070	290.836	298.530	299.044	311.445	316.029	26
Manutenção/ adaptação[1]	n.d.	1.304	6.353	8.396	9.780	11.461	17.882	19.558	-
Avaliação/ diagnóstico[2]	106.454	110.700	122.134	119.503	114.409	111.743	114.181	112.395	6

Fonte: Siasus. Disponível em: <https://bit.ly/3R71Q13>. Acesso em: 30 dez. 2022.
Elaboração das autoras.
Notas: [1] Manutenção e adaptação de órteses e próteses auditivas.
[2] Avaliação para diagnóstico da deficiência auditiva.
Obs.: TAN (EOA) – triagem auditiva neonatal (emissões otoacústicas); TAN (Peate) – triagem auditiva neonatal (potencial evocado auditivo de tronco encefálico); e n.d. – não disponível.

5.5 Resultados alcançados

No quadro 1, encontram-se os resultados do EAS-PVSL. Para o primeiro resultado esperado, verifica-se que, no fim do período investigado, os serviços de TN (83%) e TAN (30,7%) não chegaram à cobertura esperada para esses programas. O ideal é que o acesso a eles seja universal (100% dos RNs vivos). Uma das metas de qualidade utilizadas para acompanhar os programas de TAN é que ela tenha uma cobertura mínima de 95% (Brasil 2016b).

Quanto ao segundo resultado avaliado, houve redução média de 15,4% no número de procedimentos de reabilitação e a cobertura do atendimento foi de apenas 28,3%. Não foram encontrados dados sobre cobertura para o terceiro resultado imediato. Observa-se que a quantidade de beneficiados pelas oficinas ortopédicas caiu cerca de 69,6% e as concessões e os procedimentos em OPME não sofreram grandes variações no período analisado com disponibilidade de dados.

Devido à falta de informações nos relatórios, não foi possível tirar conclusões sobre o último resultado esperado. Por fim, quanto à população beneficiada pela rede entre 2013 e 2017, houve redução de quase 30,8% no número de beneficiados.

QUADRO 1
Resultados alcançados do EAS-PVSL (2013-2019)

Resultados esperados	Indicadores	Resultados alcançados						
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Deficiências identificadas e tratadas precocemente	População beneficiada e cobertura do PNTN.	RNs vivos beneficiados: 545.488.	Cobertura de 80,8% dos RNs vivos.	Cobertura de 84,9% dos RNs vivos.	Cobertura de 83,57% dos RNs vivos.	Cobertura de 85,80% dos RNs vivos.	Cobertura de 83,83% dos RNs vivos.	n.i.
	Cobertura da TAN.	n.i.	Cobertura de 24% dos RNs vivos.	Cobertura de 29% dos RNs vivos.	Cobertura de 30,37% dos RNs vivos.	Cobertura de 30,7%.[1]	n.i.	n.i.
Atendimento ampliado de PcD em CER	Número de beneficiados, quantidade de procedimentos e cobertura dos CERs.	Beneficiados: 708.428 (mesmos dos veículos adaptados).	Procedimentos de reabilitação: 11.162.505.	Procedimentos de reabilitação: 11.749.116.	Procedimentos de reabilitação: 9.449.087.	Cobertura de 28,3%.[1]	n.i.	n.i.
Acesso ampliado de PcD a órteses e próteses	Quantidade de beneficiados e procedimentos executados pelas oficinas ortopédicas.	Pessoas beneficiadas: 50.400.	Procedimentos: 322.069.	Procedimentos: 329.508.	Procedimentos: 97.763.	n.i.	n.i.	n.i.
	População beneficiada pela oferta de OPME, número de concessões e procedimentos efetuados.	Pessoas beneficiadas: 247.000 (222.300 cadeirantes e 24.700 PcDs auditiva).	Concessões: 4.056.040; e 39.823 procedimentos.	Concessões: 3.446.795; e 31.819 procedimentos.	Concessões: 4.237.059; e 37.409 procedimentos.	n.i.	n.i.	n.i.
Atendimento ampliado das PcDs pelas ações de atenção odontológica	População beneficiada pelo atendimento nos CEOs e quantidade de procedimentos realizados.	Beneficiados: 3 milhões.	Procedimentos: 381.055.	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.
População beneficiada[1]		4.551.316	3.034.964	3.155.159	3.297.325	3.150.00	n.i.	n.i.

Fontes: Relatórios anuais de gestão da SAS (2013 a 2017) e das secretarias do MS (2018 e 2019) (disponível em: <https://bit.ly/3vop8FU>).
Elaboração das autoras.
Nota: [1] Quantidade informada nos relatórios.
Obs.: n.i. – não identificado.

Retomando-se as perguntas da avaliação, tem-se o seguinte.

1) Os resultados esperados/planejados em relação às metas do EAS-PVSL foram alcançados? O que se verificou é que pelo menos metade das metas do EAS-PVSL foi atingida até 2014.

2) A taxa de cobertura dos serviços desse eixo apresentou crescimento durante o período avaliado? Houve aumento da produção de exames de TAN e para diagnóstico da perda auditiva entre 2012 e 2019. Contudo, não é possível afirmar que a taxa de cobertura dos serviços aumentou no período analisado. Os relatórios utilizados como fonte de dados apresentam grande heterogeneidade na apresentação dos resultados ao longo dos anos.

3) O número de pessoas beneficiadas por esses serviços aumentou ao longo do tempo? Pela mesma razão apresentada no item anterior, não se pode afirmar categoricamente se houve aumento ou não da população atendida nos serviços especializados. Os números apresentados no quadro 2 parecem indicar que não.

4) O objetivo de ampliar e qualificar a rede de atenção à saúde das PcDs, em especial os serviços de habilitação e reabilitação, foi atingido? Em parte, ele foi atingido, pois algumas metas relevantes relacionadas ao diagnóstico precoce da deficiência auditiva não foram alcançadas.

Em resumo, boa parte das metas previstas para o EAS-PVSL, especialmente aquelas relacionadas à saúde auditiva, não foram alcançadas. As implicações desse vazio assistencial para as PcDs, sobretudo as PcDs auditiva, são imensas. Elas reforçam a vulnerabilidade e a marginalização social desse grupo populacional.

Tendo em vista as grandes desigualdades sociais no Brasil, esses achados são preocupantes porque é provável que as crianças que não tiveram acesso à TAN são justamente aquelas mais vulneráveis socioeconomicamente. Há uma alta correlação entre pobreza e deficiência. As desvantagens em termos socioeconômicos aumentam a possibilidade de uma pessoa nascer ou adquirir deficiência (Teixeira, 2010).

Santos (2020) enfatiza que as PcDs enfrentam problemas quanto à garantia de seus direitos no Brasil não pela falta de leis, mas pela ausência de políticas públicas para tornar efetivos os direitos reconhecidos no ordenamento jurídico. Esse descompasso entre o direito previsto e sua concretização foi identificado por Nogueira *et al*. (2016). Eles concluíram que é urgente a necessidade de trabalhar questões relacionadas à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, assim como gerar oportunidade de acesso ao trabalho, à educação e ao lazer para essa população.

Outra questão está relacionada à capacidade de as unidades de saúde atenderem de forma satisfatória às necessidades das PcDs. Preconceito, indiferença e dificuldade de comunicação com PcDs auditiva ainda é um problema encontrado com frequência no dia a dia do SUS (Thomaz *et al.*, 2019). Ademais, a garantia de acessibilidade permanece como tema central para o bem-estar dessas pessoas. Verificou-se, em um estudo ecológico realizado entre dezembro de 2016 e setembro de 2017, em 606 hospitais públicos e conveniados ao SUS, vinculados à Rede Cegonha, que apenas vinte (3,3%) deles tinham acessibilidade para PcDs auditiva (Thomaz *et al.*, 2021). Isso mostra que o caminho ainda é longo para que os direitos das PcDs sejam efetivamente assegurados.

As repercussões da deficiência auditiva na vida das pessoas são inúmeras. Assim, é importante que a perda auditiva seja diagnosticada precocemente e seu tratamento ocorra de forma adequada. A privação sensorial da audição na infância causa dificuldade na aquisição e no desenvolvimento da linguagem oral e, em qualquer faixa etária, representa uma barreira à inclusão social (Canabarro *et al.*, 2012).

A despeito de sua relevância, apenas em 2010, a Lei Federal nº 12.303 tornou a TAN obrigatória no país (Brasil, 2010). Ainda assim, há uma diferença considerável da cobertura entre as regiões do país, e a maioria dos programas não funciona de forma universal, comprometendo o diagnóstico precoce da perda auditiva (Lôbo, Andrade e Alves, 2020).

As iniquidades também afetam a prestação da assistência integral em saúde para mulheres com deficiência (Nicolau, Schraiber e Ayres, 2013) e para a população negra no Brasil. Questões socioeconômicas, barreiras estruturais e o desrespeito à diversidade cultural, étnica e racial são os principais obstáculos para o acesso dessa população aos serviços de saúde no Brasil (Silva *et al.*, 2020).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar, destacam-se as três principais conclusões deste trabalho. A primeira é que houve ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde das PcDs com a implementação do EAS-PVSL. Entretanto, esse objetivo foi parcialmente atingido. Pelo menos metade das metas definidas pelo governo federal para cumprimento até 2014 não foram alcançadas e isso tem reflexos sobre as possibilidades de promoção, proteção e recuperação da saúde auditiva no país.

A segunda é que, após 2014, iniciou-se um processo de esvaziamento do EAS-PVSL, com perda de prioridade na agenda do governo, ainda que metas relacionadas ao programa tenham sido estabelecidas no PPA 2016-2019. São evidências desse processo: a redução significativa dos recursos alocados ao seu financiamento, especialmente a partir de 2018; a afirmação da CGSPD, em resposta a pedido de acesso à informação, de que o EAS-PVSL foi encerrado

em 2014; e a falta de pactuação de novas metas no PPA 2020-2023, mesmo que em 2020 tenham sido empenhados R$ 87,9 milhões e em 2021 estejam autorizados R$ 111,8 milhões para financiamento de ações do programa. Isso parece indicar que o EAS-PVSL entrou em modo automático, sem que sejam adotadas quaisquer medidas para impulsionar as ações em direção ao pleno alcance de seu objetivo.

Por fim, a terceira conclusão é de que a agenda da inclusão social das PcDs, pelo menos no campo da saúde, perdeu força nos últimos anos. O EAS-PVSL é tratado como encerrado pelos responsáveis pela implementação do programa e não foi substituído por iniciativa semelhante. Nenhum outro programa foi colocado em seu lugar, e os recursos continuam sendo executados, mesmo em 2020 e 2021, associados ao EAS-PVSL, sendo os únicos destinados especificamente para a rede de atenção à saúde das PcDs.

O PVSL é uma notável política de inclusão social das PcDs. Contudo, embora tenham sido identificados avanços para a garantia do direito das pessoas com deficiência à saúde, os resultados alcançados foram insuficientes para garanti-lo. Existem inúmeras lacunas e desafios a serem enfrentados, começando pelo diagnóstico precoce e adequado da perda auditiva. Desse modo, faz-se necessário um debate abrangente a respeito da saúde das PcDs no Brasil, a fim de efetivar os direitos sociais instituídos.

Em relação à limitação do método utilizado na avaliação do EAS-PVSL, muitas críticas têm sido feitas à abordagem da avaliação centrada em objetivos, entre as quais estas: ignora alternativas importantes que precisam ser consideradas no planejamento de um programa; negligencia o contexto em que a avaliação é feita; ignora resultados importantes, não previstos pelo programa; e promove abordagem linear e inflexível da avaliação (Worthen, Sanders e Fitzpatrick, 2004).

Tanaka (2017) destaca a importância da participação na avaliação do maior número de atores que podem gerar mudanças no processo avaliado. A esse respeito, Bosi e Mercado-Martínez (2011) advogam em favor de um modelo de avaliação participativo que contrasta com o modelo tradicional. Para esses autores, observa-se que vem aumentando no campo da avaliação em saúde a recomendação de uso de estratégias que utilizem abordagens multidimensionais, que considerem a qualidade e a humanização do cuidado, para além da eficácia, da efetividade e da eficiência dos programas.

Embora as avaliações centradas em objetivos sejam alvo de muitas críticas, não se pode desconhecer o seu valor. Programas de saúde precisam ser adequadamente financiados e implementados, sendo o estabelecimento de metas uma estratégia importante para a mensuração do alcance de seus propósitos e para que se caminhe em direção a eles. A análise do EAS-PVSL revela o papel desse tipo de avaliação, que

pode fornecer pistas importantes sobre o processo de implementação do programa bem como sobre a prioridade que ele tem recebido por parte de seus responsáveis.

Quanto à contribuição do estudo para a área de avaliação de políticas e programas públicos, ressalta-se que não foram identificadas avaliações do PVSL na literatura técnico-científica dos campos da saúde e das ciências sociais, o que reforça a relevância deste artigo. Além disso, ele contribui para o desenvolvimento da área ao apresentar um estudo empírico sobre um importante programa governamental e ao explicitar, assim, a utilidade da avaliação de resultados, que é pouco valorizada no meio acadêmico como método avaliativo de políticas e programas.

Com a aplicação desse método, este estudo mostra em que medida as metas e os objetivos definidos para o programa foram alcançados, produzindo evidências para informar decisões, inclusive, sobre a realização de avaliações mais complexas, metodologicamente falando, como as avaliações econômicas de custo-efetividade e custo-benefício, em que o programa pode ser comparado a outras alternativas, e as avaliações de impacto, que buscam mensurar os seus efeitos. Por que investir na realização de uma avaliação de impacto se as metas e os objetivos do programa não foram alcançados a contento, considerando-se o seu planejamento inicial?

Outro ponto a ser destacado diz respeito às fontes de informação empregadas neste artigo. Dados oriundos de sistemas de registro administrativo são comumente utilizados em avaliações de políticas e programas. Mas isso não é realidade no caso dos relatórios governamentais de gestão, que são uma fonte pouco aplicada em estudos desse campo, embora sejam muito úteis para o conhecimento sobre as ações implementadas pelos governos. Isso porque são os meios empregados pelos gestores públicos para a prestação de contas à sociedade e aos órgãos de controle da administração pública a respeito da aplicação de recursos e de suas realizações. Como mostra este artigo, eles podem apresentar limitações: falta de transparência e clareza na apresentação dos resultados, assim como inconsistências sobre a evolução das metas e cobertura do público beneficiado, por exemplo. Mas isso, por si só, já diz muito a respeito da responsabilidade do governo em relação aos compromissos assumidos perante a sociedade. Logo, podem ser muito úteis na avaliação de qualquer política ou programa públicos.

Por fim, diante das evidências apresentadas sobre o EAS-PVSL, recomenda-se que o programa seja fortalecido, considerando que legalmente ele continua vigente. Os recursos financeiros para o seu financiamento precisam ser ampliados e as metas físicas, reformuladas. Sobretudo no atual contexto da pandemia de covid-19, em que se supõe que os efeitos da crise sanitária sobre as PcDs sejam enormes. Ademais, é fundamental que os indicadores que possibilitam a avaliação do cumprimento das metas do EAS-PVSL sejam devidamente divulgados, por meio dos relatórios anuais de gestão das secretarias do MS e dos relatórios de avaliação dos PPAs do governo

federal. Isso vale não apenas para esse programa, mas para todas as políticas e os programas governamentais, sendo crucial para os processos avaliativos sobre seus resultados a tomada de decisão por gestores públicos e o exercício do controle social.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. K. A. *et al*. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. *In*: SAMICO, I. *et al*. **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 89-107.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde: modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. *In*: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde**. Campinas: Editora da Unicamp, 2011. p. 41-62.

BRAGA, M. M. S.; SCHUMACHER, A. A. Direito e inclusão da pessoa com deficiência: uma análise orientada pela Teoria do Reconhecimento Social de Axel Honneth. **Revista Sociedade e Estado**, 28, n. 2, p. 375-392, 2013.

BRANCO, A. P. S. C.; ALMEIDA, M. A. Avaliação da satisfação de estudantes público-alvo da educação inclusiva em cursos de pós-graduação de universidades públicas. **Avaliação: revista da avaliação da educação superior**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 45-67, 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providencias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

_____. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 dez. 1999.

_____. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 dez. 2000.

_____. Lei nº 12.303, de 2 de agosto de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 ago. 2010.

_____. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 nov. 2011.

_____. Um olhar através da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU: Novas perspectivas e desafios. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 3., 2012, Brasília, Distrito Federal. **Anais**... Brasília: Conade, 2012.

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

_____. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 jul. 2015.

_____. Lei nº 13.249, de 13 de janeiro de 2016. Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2016 a 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 jan. 2016a.

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

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

_____. **Avaliação de políticas públicas**: guia prático de análise *ex ante*. Brasília: Casa Civil da Presidência da República e Ipea, 2018a. v. 1.

_____. **Avaliação de políticas públicas**: guia prático de análise *ex post*. Brasília: Casa Civil da Presidência da República e Ipea, 2018b. v. 2.

_____. Lei nº 13.971, de 27 de dezembro de 2019. Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2020 a 2023. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 dez. 2019.

CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 19, n. 52, p. 207-2010, 2015.

CANABARRO, M. S. *et al*. Programa de Triagem Auditiva Neonatal: resultados de um hospital universitário de Porto Alegre. **Revista HCPA**, v. 32, n. 1, p. 30-34, 2012.

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

CHAMPAGNE, F. *et al*. Modelizar as intervenções. *In*: BROUSSELLE, A. *et al*. (Org.). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 61-74.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al*. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-47.

ESTEVÃO, R. B.; FERREIRA, M. D. M. Análise de políticas públicas: uma breve revisão de aspectos metodológicos para formulação de políticas. **Holos**, v. 3, p. 168-185, 2018.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

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

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. *In*: SAMICO, I. *et al*. **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 1-13.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3HudYpJ>. Acesso em: 25 jan. 2023.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: ciclos de vida – Brasil e Grandes Regiões. Rio de Janeiro: IBGE; Fiocruz; MS, 2015a. v. 1. Disponível em: <https://bit.ly/3I8DO3z>.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violência – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; Fiocruz; MS, 2015b. v. 3. Disponível em: <https://bit.ly/3Vt14MA>.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: indicadores de saúde e mercado de trabalho – Brasil e Grandes Regiões. Rio de Janeiro: IBGE; Fiocruz; MS, 2015c. v. 4. Disponível em: <https://bit.ly/3WKdzV8>.

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

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: ciclos de vida – Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; MS; ME, 2021. v. 5. Disponível em: <https://bit.ly/3G44zU3>.

JACCOUD, L.; VIEIRA, F. S. **Federalismo, integralidade e autonomia no SUS**: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Brasília: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2399).

LANE, S. J. *et al*. Neural foundations of ayres sensory integration. **Brain Sciences**, v. 9, n. 7, p. 2-14, 2019.

LASSANCE, A. O que é uma política e o que é um programa: uma pergunta simples e até hoje sem resposta clara. **Boletim de Análise Político-Institucional**, Brasília, n. 27, p. 59-67, 2021.

LÔBO, M. G.; ANDRADE, C. L.O.; ALVES, C. Avaliação da cobertura da triagem neonatal nas macrorregiões de saúde do estado da Bahia entre os anos de 2011 e 2018. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, 19, n. 4, p. 565-571, 2020.

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

NICOLAU, S. M.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. C. M. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 863-872, 2013.

NOGUEIRA, G. C. *et al*. Perfil das pessoas com deficiência física e políticas públicas: a distância entre intenções e gestos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3131-3142, 2016.

OLIVEIRA, F. A. **Economia e política das finanças públicas no Brasil**: um guia de leitura. São Paulo: Hucitec, 2009.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. 2004.

PAGLIUCA, L. M. F. *et al.* Repercussão de políticas públicas inclusivas segundo análise das pessoas com deficiência. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 498-504, 2015.

PASCHOAL, M. R.; CAVALCANTI, H. G.; FERREIRA, M. A. F. Análise espacial e temporal da cobertura da triagem auditiva neonatal no Brasil (2008-2015). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22, n.11, p. 3615-3624, 2017.

RUA, M. G. **Políticas públicas**. Florianópolis: UFSC; Capes, 2009.

SANTOS, V. O. **O acesso das pessoas com deficiência aos direitos fundamentais**: uma reflexão à luz da Constituição Federal. Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência, 2020.

SILMAN, S.; SILVERMAN, C. A. Basic audiologic testing. *In*: SILMAN, S.; SILVERMAN, C. A. **Auditory diagnosis**: principles and applications. San Diego: Singular Publishing Group, 1997. p. 44-52.

SILVA, N. N. *et al*. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, p. 1-9, 2020.

SOUZA, M. F. N. S. *et al*. Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão interativa de literatura. **Revista Cefac**, v. 19, n. 3, p. 395-405, 2017.

TANAKA, O. Y. Avaliação em saúde: novos tempos, novas construções. *In*: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. **Avaliação em saúde**: contribuições para a incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

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

TEIXEIRA, M. C. A. **Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2010.

THOMAZ, M. M. *et al*. Acessibilidade do adolescente com deficiência auditiva aos serviços de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 21, p. 1-7, 2019.

THOMAZ, E. B. A. F. *et al*. Acessibilidade no parto e nascimento a pessoas com deficiência motora, visual ou auditiva: estrutura de estabelecimentos do SUS vinculados à Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 897-908, 2021.

VIANNA, N. G. **Ruídos e silêncios**: uma análise genealógica sobre a surdez na política de saúde brasileira. 2018. 213 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil**: resultados e argumentos a seu favor. Brasília: Ipea, 2019. (Texto para Discussão, n. 2516).

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

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

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas**: concepções e práticas. Tradução de Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Editora Gente, 2004.

Data da submissão em: 13 ago. 2021.

Primeira decisão editorial em: 1º nov. 2021.

Última versão recebida em: 22 dez. 2021.

Aprovação final em: 5 out. 2022.