



apresentam

# **SAÚDE AUDITIVA: fluxos e encaminhamentos em Santa Catarina**

**SABRINA VIEIRA DA LUZ**

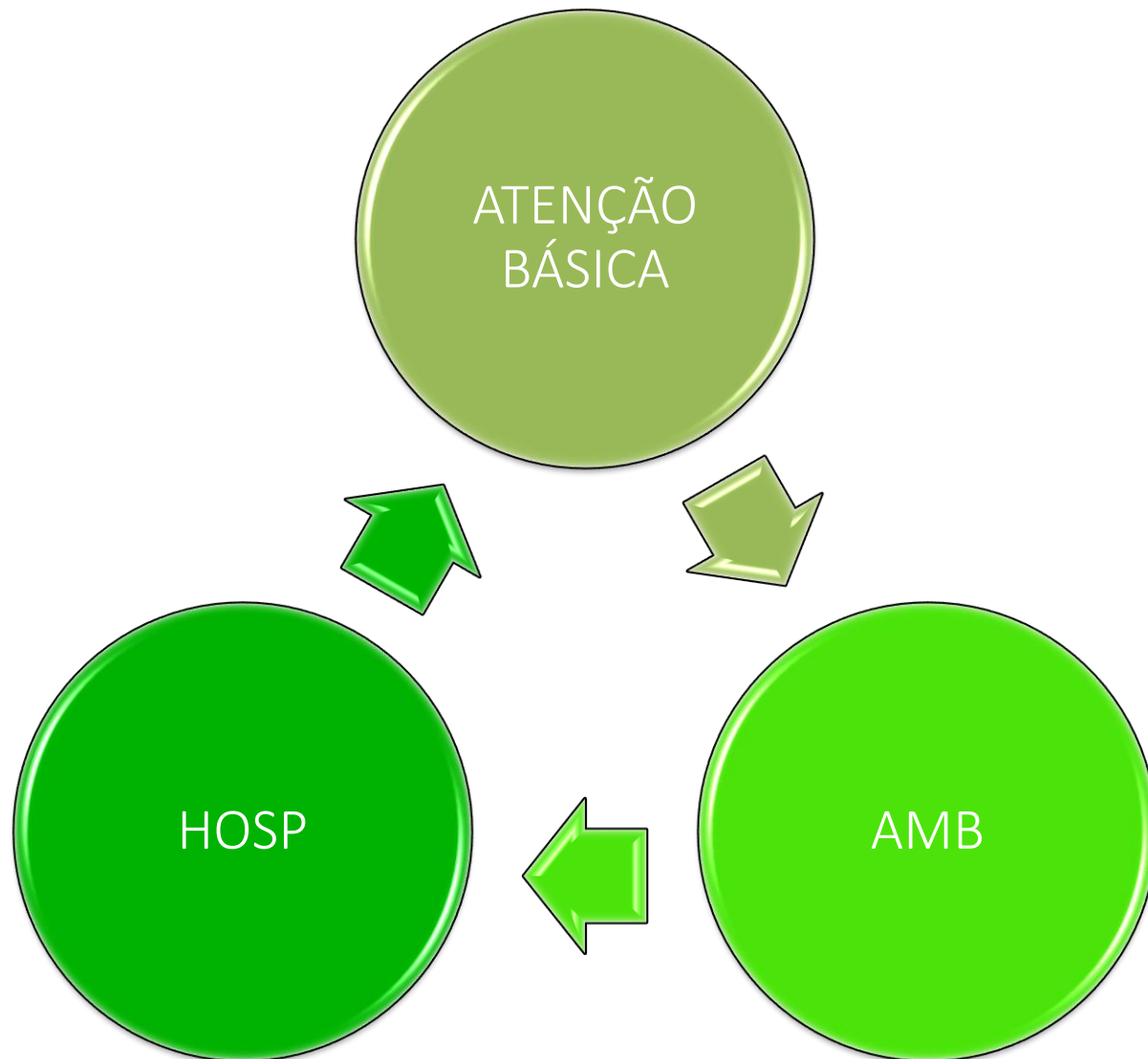
Fonoaudióloga, responsável pelo Serviço de Saúde Auditiva em SC na  
Coordenação da Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD,  
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação – SUR, Secretaria de  
Estado da Saúde – SES

# SAÚDE AUDITIVA

- ✓ TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL
- ✓ SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA - SASA
- ✓ SERVIÇO HOSPITALAR DE SAÚDE AUDITIVA - SHSA



# SAÚDE AUDITIVA





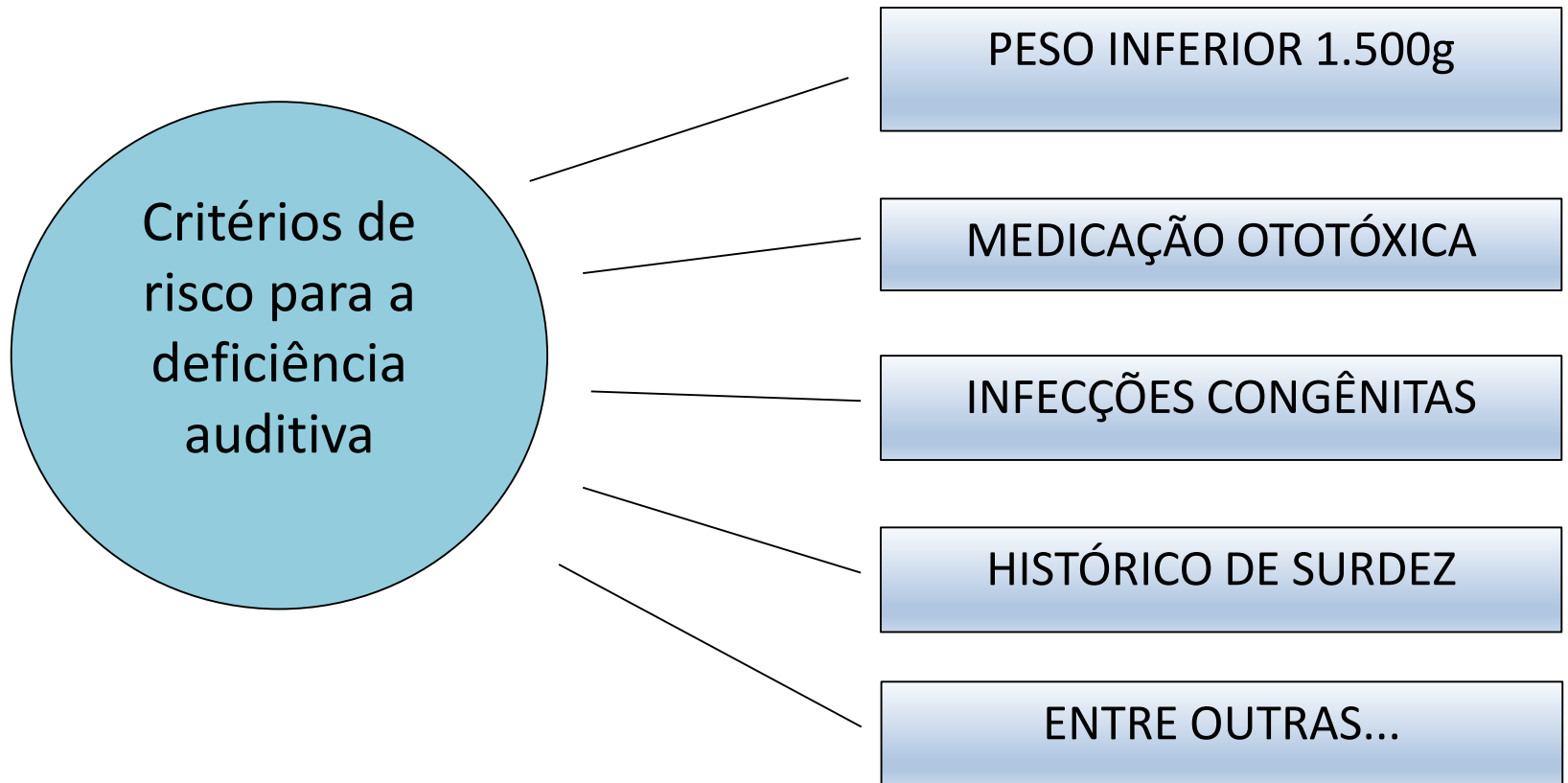
# TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL



# TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

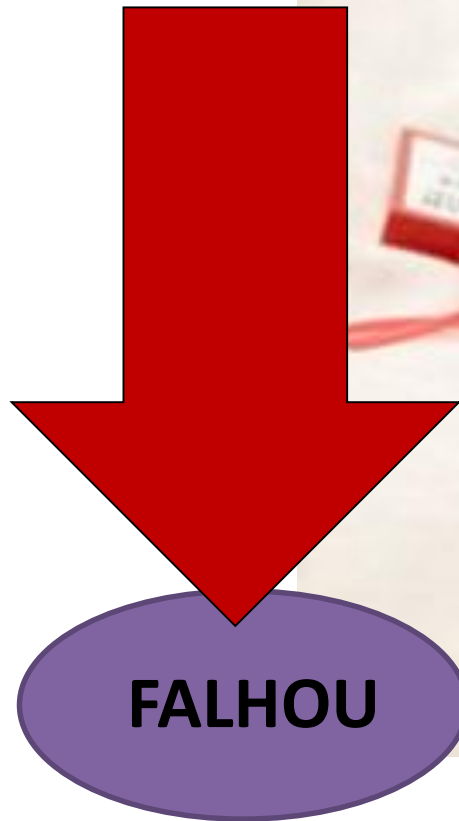
- ✓ Pautado nas diretrizes do Ministério da Saúde
- ✓ Teste e reteste da orelhinha
- ✓ Preferência na maternidade
- ✓ Primeiro mês de vida
- ✓ Análise dos critérios de risco

# TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL





# TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL



Fonte: [www.beaconaudiology.com](http://www.beaconaudiology.com)

## O QUE FAZER???

# TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

ESTADO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde – SES/SC  
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR  
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD

## ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA

O Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva tem como objetivo a concessão de aparelho de amplificação sonora individual (AASI).

Este encaminhamento deverá ser preenchido por médico ou fonoaudiólogo para abertura do processo para o Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva na Secretaria Municipal de Saúde de referência do usuário, acompanhado dos seguintes documentos: cópia do RG, CPF, comprovante de residência, Cartão Nacional de Saúde, comprovante de matrícula p/ estudantes, último exame de audiometria, se realizado.

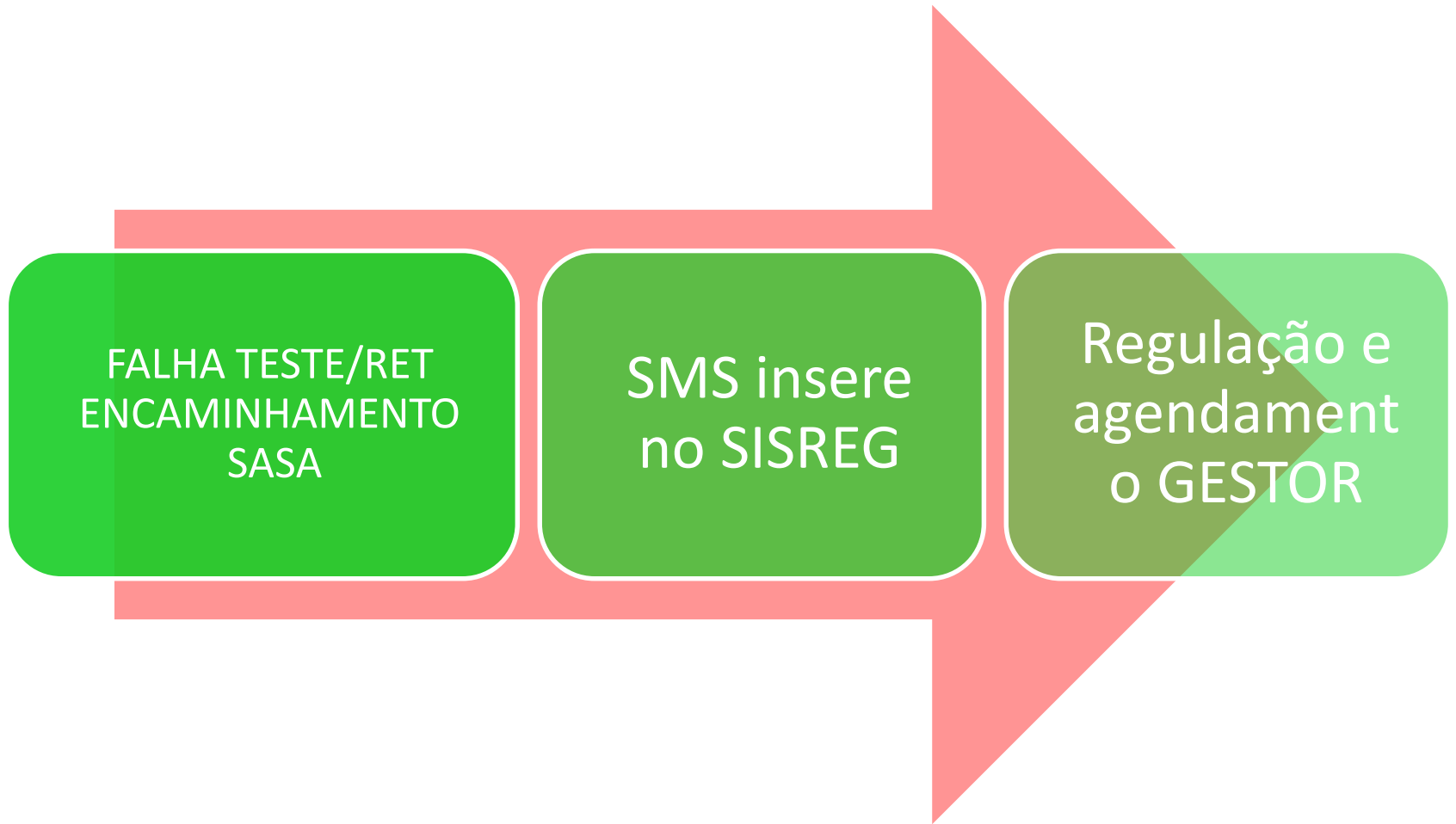
PREENCHER O ENCAMINHAMENTO COM OS DADOS DO EXAME DE AUDIOMETRIA OU JUSTIFICAR, caso assinalado o item 5:

1. Perda auditiva confirmada: ( ) orelha direita ( ) orelha esquerda			
2. Resultado da audiometria:			
	500Hz	1000Hz	2000Hz
OD			
OE			
3. Laudo/parecer audiológico:			
4. ( ) Recém-nascido com teste de orelhinha alterado (teste/reteste)			
5. ( ) Suspeita de deficiência auditiva após a avaliação do médico otorrinolaringologista ou fonoaudiólogo.			
JUSTIFICATIVA (descrever prejuízo social da deficiência auditiva):			
6. Informações complementares:			
( ) meningite		( ) Traumatismo crânio-encefálico	
( ) AVC		( ) aposentado	
( ) estudante (apresentar atestado de matrícula)			

\* Ao agendar no SISREG favor informar os itens preenchidos e a justificativa.

1. Médico ou fonoaudiólogo
2. FALHA teste/reteste
3. Preenche encaminhamento
4. Assinala item 4
5. Orientação aos pais
6. Levar documentos na SMS
7. Documentos: CPF,CNS (criança), comprovante residência, RG/CPF resp.

# TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL



FALHA TESTE/RET  
ENCAMINHAMENTO  
SASA

SMS insere  
no SISREG

Regulação e  
agendament  
o GESTOR

# TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

**DADOS DA SOLICITAÇÃO:**

Procedimento Ambulatorial: 0211070092 - AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA ▼

Retorno:  CID:

Professional Solicitante: Selecione o Professional Solicitante ▼

Central Executante: ▼

Unidade Executante: TODAS ▼

OK

# TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

CONHEÇA EM MONITORAMENTO - INFANTE COLETA

02/11/2018 07:00:17

## DESTINO DA SOLICITAÇÃO

Enviar Solicitação:

REGULAÇÃO  FILA DE ESPERA

Município Regulador:

(42C15) CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL) ▼

Observacoes:

Assinatura do Médico Solicitante: CRM: Data: 22/11/2018

## ITEM 4

- Outras informações descritas no encaminhamento
- Inserir como eletivo

# SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)



# SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

PERDA AUDITIVA  
CONFIRMADA  
(AUDIOMETRIA)

Médico ou  
Fonoaudiólogo



SUSPEITA DE  
PERDA AUDITIVA

Médico ORL ou  
Fonoaudiólogo

# SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

ESTADO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde – SES/SC  
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR  
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD

## ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA

O Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva tem como objetivo a concessão de **aparelho de amplificação sonora individual (AASI)**.

Este encaminhamento deverá ser preenchido por **médico ou fonoaudiólogo** para abertura do processo para o Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva na Secretaria Municipal de Saúde de referência do usuário, acompanhado dos seguintes documentos: cópia do RG, CPF, comprovante de residência, Cartão Nacional de Saúde, comprovante de matrícula p/ estudantes, último exame de audiometria, se realizado.

PREENCHER O ENCAMINHAMENTO COM OS DADOS DO EXAME DE AUDIOMETRIA OU JUSTIFICAR, caso assinalado o item 5:

1. Perda auditiva confirmada: ( ) orelha direita ( ) orelha esquerda

2. Resultado da audiometria:

	500Hz	1000Hz	2000Hz
OD			
OE			

3. Laudo/parecer audiológico:

4. ( ) Recém-nascido com teste da orelhinha alterado (teste/reteste)

5. ( ) Suspeita de deficiência auditiva após a avaliação do médico otorrinolaringologista ou fonoaudiólogo.

JUSTIFICATIVA (descrever prejuízo social da deficiência auditiva):

6. Informações complementares:

( ) meningite ( ) Traumatismo crânio-encefálico  
( ) AVC ( ) aposentado  
( ) estudante (apresentar atestado de matrícula)

\* Ao agendar no SISREG favor informar os itens preenchidos e a justificativa.

1. ASSINALAR QUAL(IS) ORELHA(S) COM PERDA AUDITIVA

2. INFORMAR OS VALORES DO EXAME DE AUDIOMETRIA

3. DESCREVER O LAUDO DA AUDIOMETRIA

ALGUMA OUTRA INFORMAÇÃO RELEVANTE?



# SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

ESTADO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde – SES/SC  
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR  
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD

## ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA

O Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva tem como objetivo a concessão de **aparelho de amplificação sonora individual (AASI)**.

Este encaminhamento deverá ser preenchido por **médico ou fonoaudiólogo** para abertura do processo para o Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva na Secretaria Municipal de Saúde de referência do usuário, acompanhado dos seguintes documentos: cópia do RG, CPF, comprovante de residência, Cartão Nacional de Saúde, comprovante de matrícula p/ estudantes, último exame de audiometria, se realizado.

PREENCHER O ENCAMINHAMENTO COM OS DADOS DO EXAME DE AUDIOMETRIA OU JUSTIFICAR, caso assinalado o item 5:

1. Perda auditiva confirmada: ( ) orelha direita ( ) orelha esquerda			
2. Resultado da audiometria:			
	500Hz	1000Hz	2000Hz
OD			
OE			
3. Laudo/parecer audiológico:			
4. ( ) Recém-nascido com teste da orelhinha alterado (teste/reteste)			
5. ( ) Suspeita de deficiência auditiva após a avaliação do médico otorrinolaringologista ou fonoaudiólogo.			
JUSTIFICATIVA (descrever prejuízo social da deficiência auditiva):			
6. Informações complementares:			
( ) meningite	( ) Traumatismo crânio-encefálico		
( ) AVC	( ) aposentado		
( ) estudante (apresentar atestado de matrícula)			

\* Ao agendar no SISREG favor informar os itens preenchidos e a justificativa.

5. MÉDICO ORL/FONO INDICAM QUAL O PREJUÍZO SOCIAL DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA

6. ALGUMA OUTRA INFORMAÇÃO RELEVANTE?

# SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

ENCAMINHAMENTO E  
DOCUMENTOS

SMS insere  
no SISREG

Regulação e  
agendament  
o GESTOR

# SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

**DADOS DA SOLICITAÇÃO:**

Procedimento Ambulatorial: 0211070092 - AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA ▼

Retorno:  CID:

Profissional Solicitante: Selecione o Profissional Solicitante ▼

Central Executante: ▼

Unidade Executante: TODAS ▼

OK

# SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

CONSELHO EM OTORRINOLARINGOLOGIA - INFÂNCIA COLETA

DESTINO DA SOLICITAÇÃO

Enviar Solicitação:

REGULAÇÃO  FILA DE ESPERA

Município Regulador:

(42C15) CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL) ▼

Observacoes:

Assinatura do Médico Solicitante: CRM: Data: 22/11/2018

Voltar Enviar

## **EXEMPLO 1:**

1. OD/OE
2. OD: 50,55,60 OE: 45,45,90
3. Perda auditiva neurossensorial
6. meningite



# SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

**Informando os itens preenchidos e a justificativa corretamente, evita que a regulação faça a devolução do processo.**

# SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)



# SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

AVALIAÇÃO INICIAL



AASI



RETORNO EM 30 DIAS



ACOMPANHAMENTO  
ANUAL

PRESTADOR



# SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

## REPOSIÇÃO

- 
1. ORÇAMENTO
  2. PERDA/FURTO

# SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

## ORÇAMENTO

- FALHA TÉCNICA DO AASI
- 60% ACIMA DO AASI  
TIPO "A"
- RELATÓRIO ASSISTÊNCIA  
TÉCNICA
- MODELO E Nº SÉRIE
- VALOR

R\$315,00

# SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

BOLETIM DE  
OCORRÊNCIA

- PERDA/FURTO
- No. DE SÉRIE DO AASI

# SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

BO  
OU  
ORÇAMENTO

SMS insere  
no SISREG

Regulação e  
agendamento  
o GESTOR

# SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

**DADOS DA SOLICITAÇÃO:**

Procedimento Ambulatorial: 0211070092 - AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA ▼

Retorno:  CID:

Profissional Solicitante: Selecione o Profissional Solicitante ▼

Central Executante: ▼

Unidade Executante: TODAS ▼

OK



# SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)



[www.bbc.com/News/uk-england-Birmingham-34078211](http://www.bbc.com/News/uk-england-Birmingham-34078211)

# SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)



**IMPLANTE COCLEAR**



**PRÓTESE AUDITIVA  
ANCORADA NO OSSO**



# SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

ENCAMINHAMENTO  
**SASA**

GESTOR  
ESTADUAL

Regulação e  
agendamento  
o GESTOR

# OBRIGADA!

**COORDENAÇÃO DA REDE:**

**JAQUELINE REGINATTO**

FONE: (48) 3664-7214

EMAIL:

[rededapessoacomdeficienciasc@saude.sc.gov.br](mailto:rededapessoacomdeficienciasc@saude.sc.gov.br)

**SAÚDE AUDITIVA:**

**SABRINA LUZ**

FONE: (48) 3664-7213

EMAIL: [saudeauditivasur@saude.sc.gov.br](mailto:saudeauditivasur@saude.sc.gov.br)

# Perguntas e respostas