



apresentam

Prevenção, Diagnóstico e Tratamento das perdas auditivas no SUS

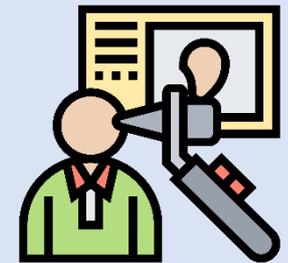
Sabrina Vieira da Luz

Fonoaudióloga responsável pelo Serviço de Saúde Auditiva

Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência

SES-SC

42 milhões de pessoas acima de três anos de idade possuem algum tipo de deficiência auditiva, de moderada a profunda (OMS).





2050: 1 bilhão de
surdos no mundo.

(OMS)

Brasil: 10,7 milhões de deficientes auditivos.



9% das pessoas
nasceram com a
deficiência.

91% adquiriram ao longo
da vida.

Das pessoas que adquiriram
ao longo da vida:



50% antes dos 50 anos.

50% com 50 anos ou mais.

A PERDA AUDITIVA PODE OCORRER EM QUALQUER FASE DA VIDA



CAUSAS PRÉ E PERINATAIS

INFECÇÕES CONGÊNITAS:

- Sífilis
- Toxoplasmose
- Rubéola Materna
- Citomegalovírus
- Herpes
- HIV

- Anomalias genéticas
- Anomalias craniofaciais
- Anóxia perinatal grave
- Apgar 0 a 4 (1º MIN)
- Apgar 0 a 6 (5º MIN)
- Peso inf. 1500g



CAUSAS PÓS NATAIS/INFÂNCIA

INFECÇÕES BACTERIANAS OU VIRAIS:

- Citomegalovírus
- Herpes
- Sarampo
- Varicela
- Meningite

- Anomalias genéticas
- Anomalias craniofaciais
- Anóxia perinatal grave
- Apgar 0 a 4 (1º MIN)
- Apgar 0 a 6 (5º MIN)
- Peso inf. 1500g



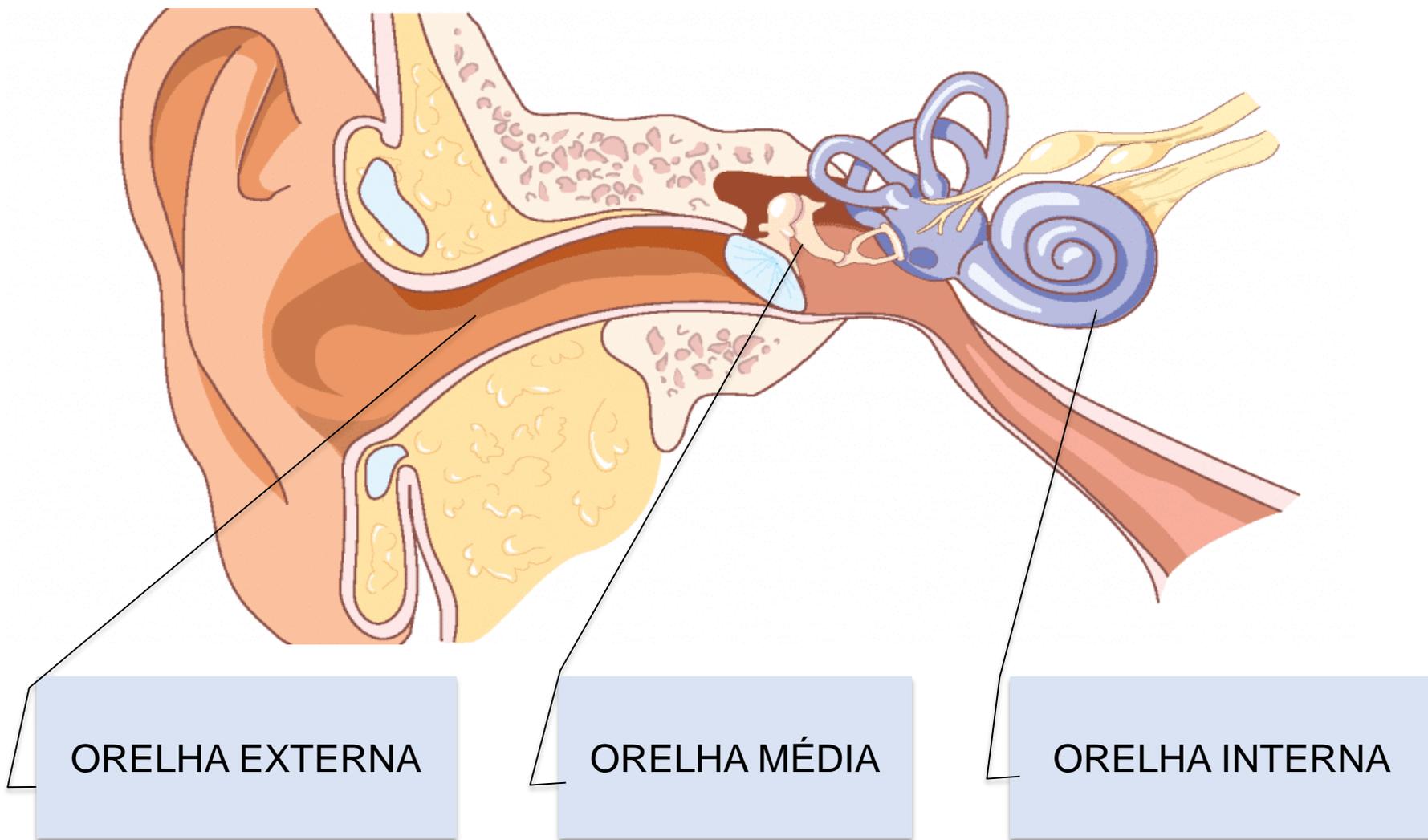
CAUSAS - FASE ADULTA/ IDOSOS

- Diabetes
- Pressão alta
- Ruído intenso
- Otosclerose
- Tumores (Schwanoma)
- Traumatismo craniano

- Presbiacusia
- Infecções (OTITES de repetição)
- Quimioterapia
- Medicamentos ototóxicos



TIPOS DE PERDA AUDITIVA



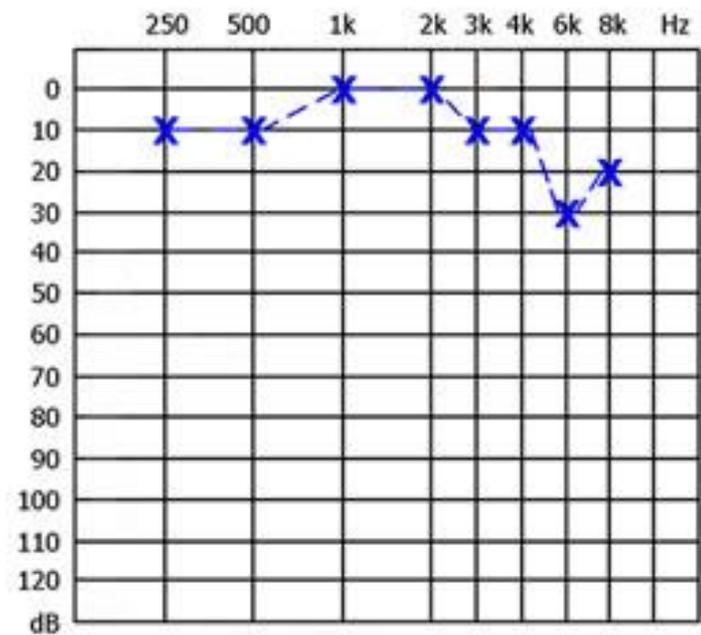
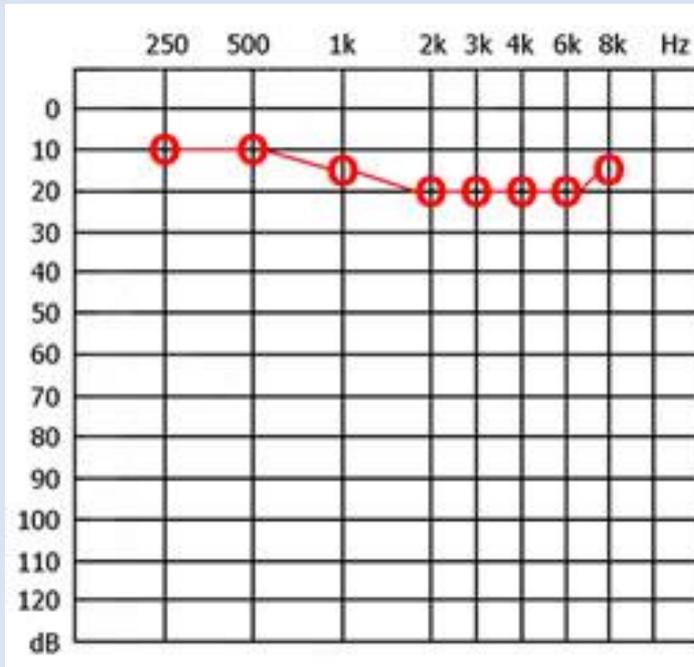
CLASSIFICAÇÃO DAS PERDAS AUDITIVAS

Organização Mundial da Saúde, 1997

| Nível de audição | Média das freq. 500,1.000,2.000 e 4.000Hz |
|-------------------------|--|
| Audição normal | 0 a 25 dB |
| Perda auditiva leve | 26 a 40 dB |
| Perda auditiva moderada | 41 a 60 dB |
| Perda auditiva severa | 61 a 80 dB |
| Perda auditiva profunda | Maior que 81dB |

AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA

Exemplo 1



AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA

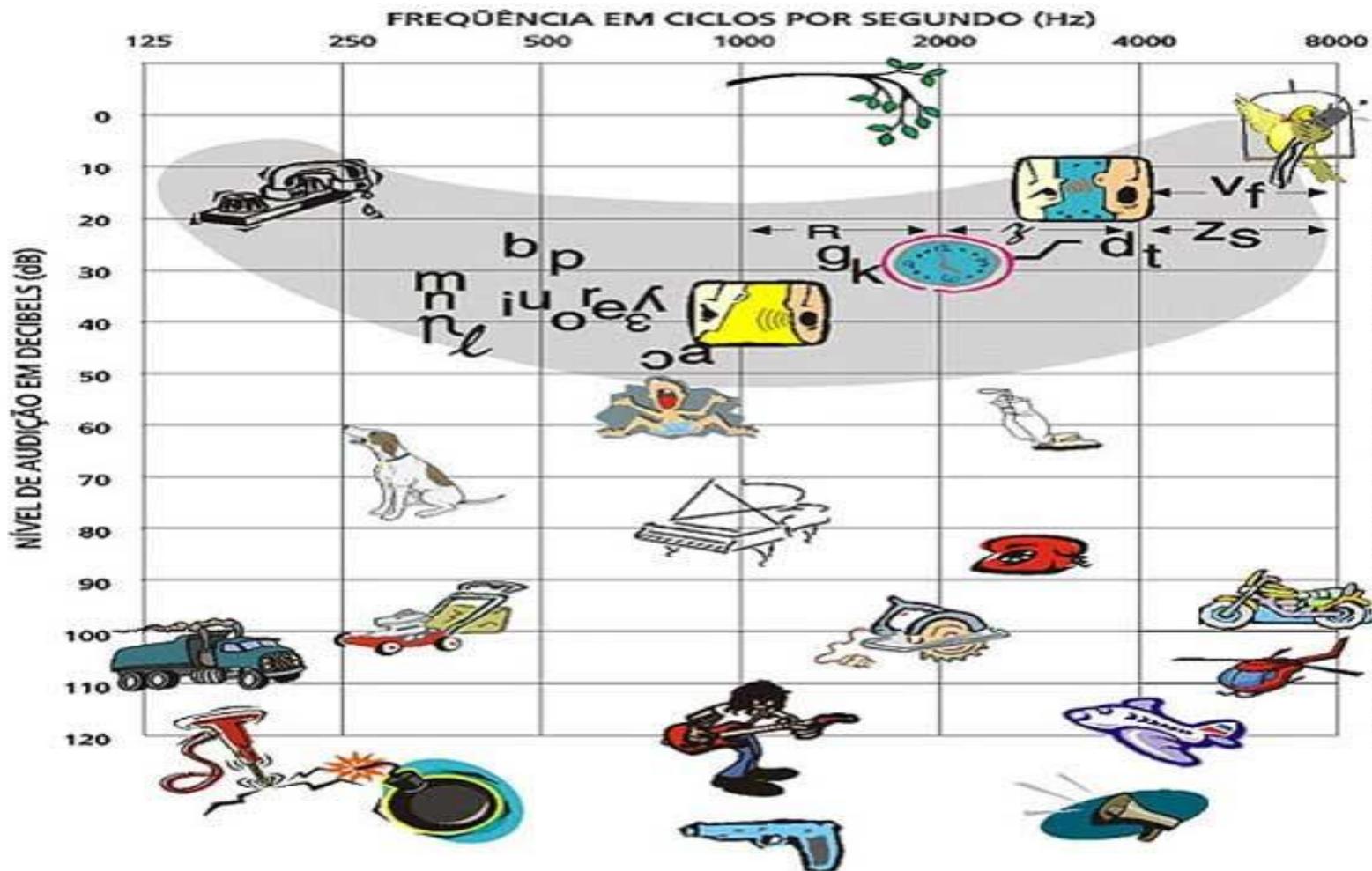
Exemplo 2



CLASSIFICAÇÃO DAS PERDAS AUDITIVAS Northern e Downs - CRIANÇAS

| Nível de audição | Média das freq. 500,1.000,2.000 e 4.000Hz |
|-------------------------|--|
| Audição normal | 0 a 15 dB |
| Discreta | 16 a 25 dB |
| Leve | 26 a 41 dB |
| Moderada | 41 a 70 dB |
| Severa | 71 a 90 dB |
| Profunda | Maior que 91dB |

Audiograma de Sons Familiares



Adaptação por Katja Guglielme Marcondes Frieze do "Hearing in Children" por Northem & Downs - Williams & Wilkins 1996, e de "Percepção da Fala - Análise Acústica do Português Brasileiro" por Passo & Dehnan - Ed. Lovise 1993.

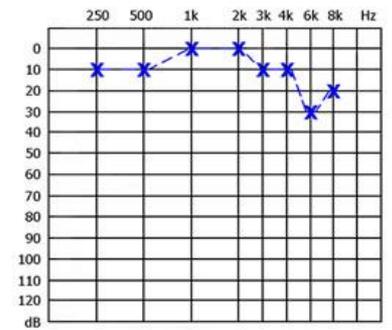
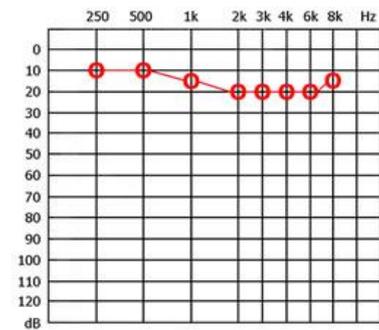
AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA

PROCEDIMENTOS:

- ✓ COMPORTAMENTAIS
- ✓ ELETROACÚSTICOS
- ✓ ELETROFISIOLÓGICOS

AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA

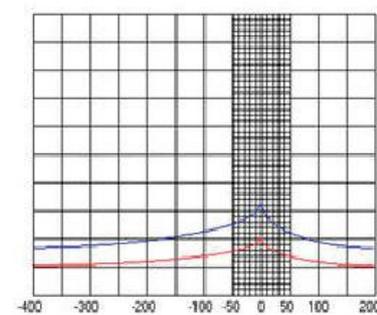
AUDIOMETRIA TONAL



Fonte: audiocentros.com

AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA

IMITANCIOMETRIA



Complacência

| | O. D. | O. E. |
|------------------|---------|---------|
| Pressão O.M. | 0 da Pa | 0 da Pa |
| Max. Relaxamento | 1 cc | 1,6 cc |
| + 200 da Pa | 0,5 cc | 0,8 cc |
| Compl. Estática | 0,5 cc | 0,8 cc |

Pesquisa de Função Tubária

| | |
|---------------|-------|
| 1ª Deglutição | da Pa |
| 2ª Deglutição | da Pa |
| 3ª Deglutição | da Pa |
| 4ª Deglutição | da Pa |

Reflexo Acústico

| Freq. Hz | Limiar O.D. | Contra O.D. | Dif. | IPSI O.D. | Limiar O.E. | Contra O.E. | Dif. | IPSI O.E. |
|----------|-------------|-------------|-------|-----------|-------------|-------------|-------|-----------|
| 500 | 0 dB | 90 dB | 90 dB | dB | 0 dB | 95 dB | 95 dB | dB |
| 1000 | 0 dB | 95 dB | 95 dB | dB | 0 dB | 90 dB | 90 dB | dB |
| 2000 | 5 dB | 95 dB | 90 dB | dB | 5 dB | 95 dB | 90 dB | dB |
| 4000 | 10 dB | 95 dB | 85 dB | dB | 5 dB | 90 dB | 85 dB | dB |

Fonte: Primária

AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA

PEATE/BERA



Fonte: quantocusta.org

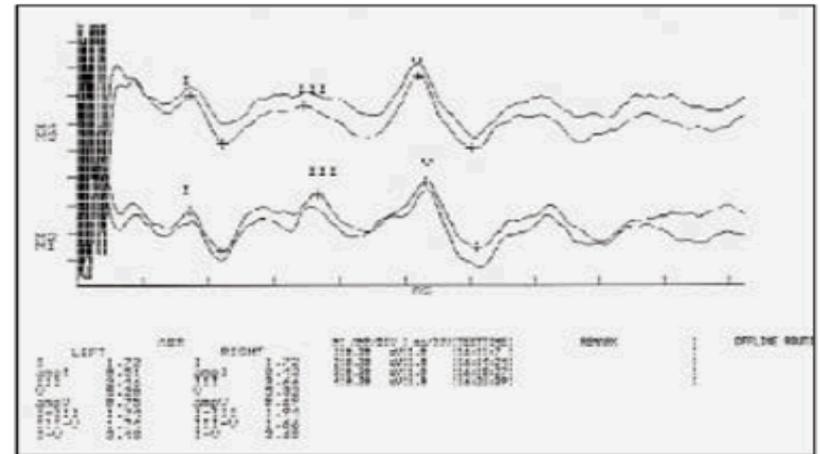


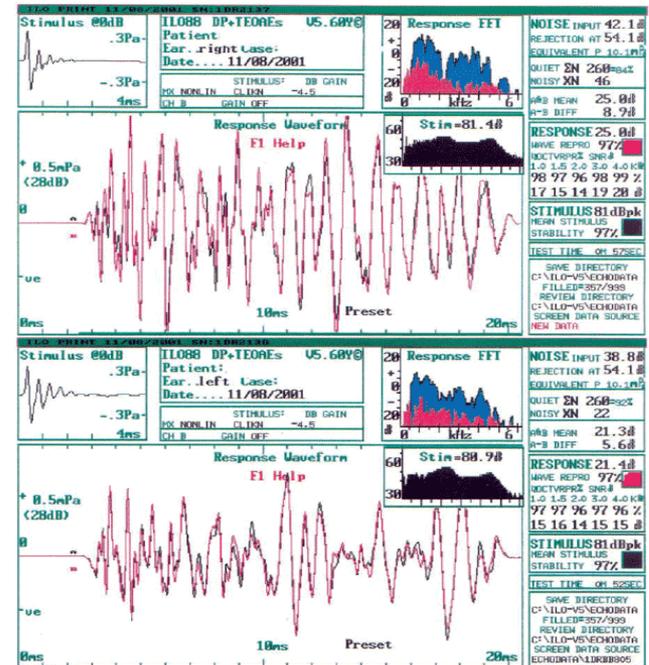
Figura 4. Traçado normal do BERA em orelhas direita e esquerda.

AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA

EMISSÃO OTOACÚSTICA



Fonte: Primária



SAÚDE AUDITIVA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

- Residentes em Santa Catarina
- Todas as faixas etárias
- Pessoas com suspeita de perda auditiva
- Pessoas com perda auditiva comprovada



HISTÓRICO

1984 - INAMPS - "auxílio órtese e prótese"

1990 - concessão de ajuda supletiva aos usuários do Sistema Único de Saúde (SC)

2004 -Política Nacional de atenção a Saúde Auditiva

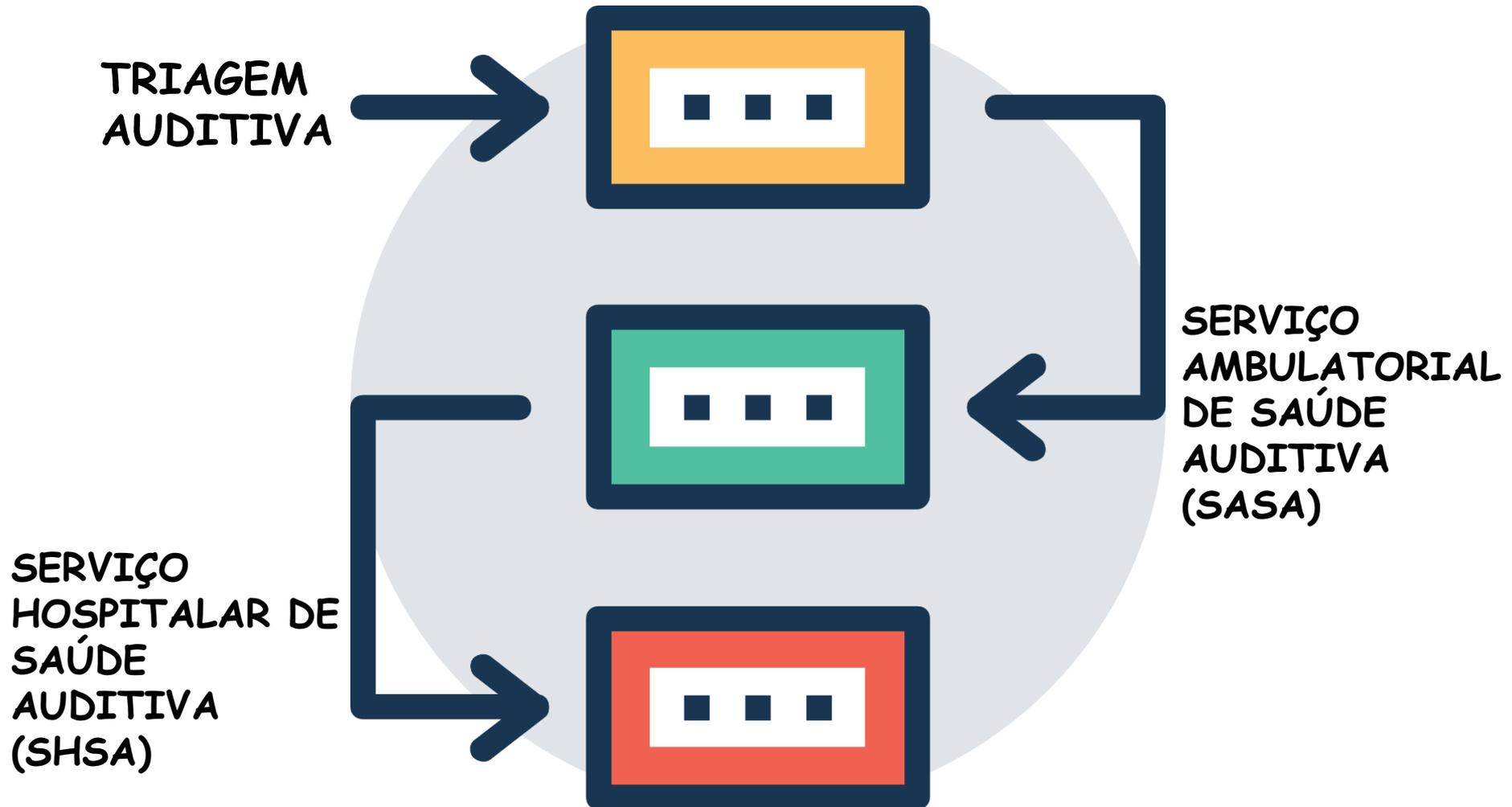
2011 - Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com deficiência - Plano Viver sem Limites

2012 - Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde

PRESTADORES DE SAÚDE AUDITIVA (SC)



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SC)



PROGRAMA DE SAÚDE AUDITIVA



DIAGNÓSTICO

TRATAMENTO

REABILITAÇÃO
AUDITIVA

TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

- ✓ DIRETRIZES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
- ✓ REDE CEGONHA
- ✓ IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA
- ✓ TRIAGEM AUDITIVA - TESTE E RETESTE



TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

REALIZADA NA MATERNIDADE
NOS 1os DIAS DE VIDA

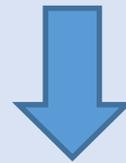
MATERNIDADES SEM TAN,
DOMICÍLIO
ATÉ O 1º MÊS DE VIDA



TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

PROTOCOLO:

SEM INDICAÇÃO DE RISCO ou
COM INDICAÇÃO DE RISCO



TESTE/ RETESTE



PASSA/ FALHA

TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL



PASSOU



TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL



PASSOU

É de risco???



TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

SEM IRDA



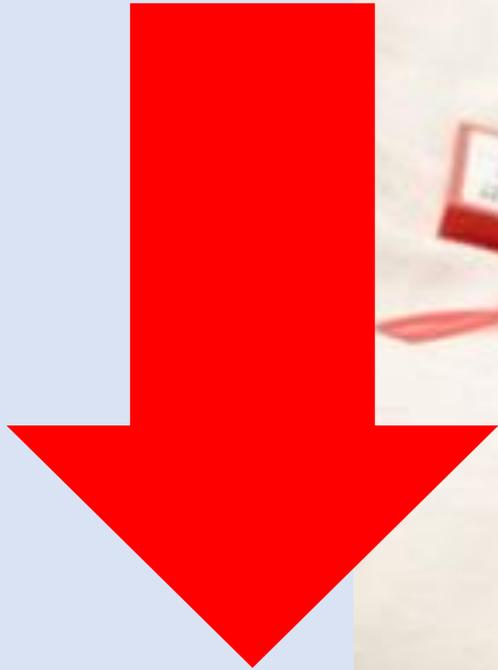
Acompanhamento mensal do desenvolvimento da audição e da linguagem. Registrar na caderneta de Saúde.

COM IRDA



Monitoramento mensal do desenvolvimento.
Entre 7 e 12 meses realizar avaliação ORL e audiológica.

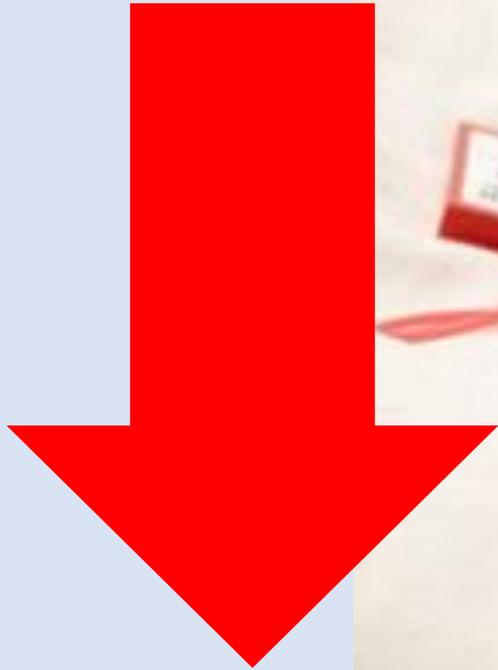
TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL



FALHOU



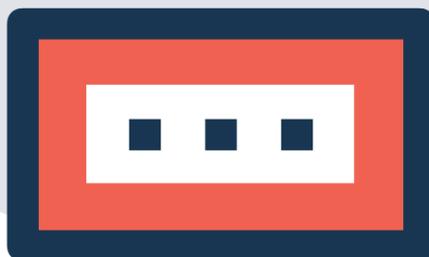
TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL



FALHOU

O que fazer???

**TRIAGEM
AUDITIVA**



**SERVIÇO
HOSPITALAR DE
SAÚDE
AUDITIVA
(SHSA)**



**SERVIÇO
AMBULATORIAL
DE SAÚDE
AUDITIVA
(SASA)**

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. | | | |
| <u>JUSTIFICATIVA (descrever prejuízo social da deficiência auditiva):</u> | | | |
| 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.

DATA:

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. | | | |
| <u>JUSTIFICATIVA (descrever prejuízo social da deficiência auditiva):</u> | | | |
| 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.

DATA:

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.



1. O usuário deverá entregar a documentação na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), para abertura do processo



DOCUMENTOS: Encaminhamento SASA, cópias: RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde, comprovante de residência, último exame de audiometria, atestado de matrícula.

2. A SMS* deverá solicitar agendamento no SISREG na vaga de **“avaliação p/ diagnostico de deficiencia auditiva”** informando nas observações os dados assinalados pelo profissional que preencheu o Encaminhamento SASA.



AGENDAMENTO NO SISREG

CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA - IMPLANTE COCLEAR 000000074 07/00047

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

AGENDAMENTO NO SISREG

COMUNICAÇÃO DE INTERFERÊNCIA TECNOLÓGICA - IMPLANTE COCLER 000000074 07/00047

DESTINO DA SOLICITAÇÃO

Enviar Solicitação:

REGULAÇÃO FILA DE ESPERA

Município Regulador:

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

Observações:

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

ITEM 4

- Outras informações descritas no encaminhamento
- Inserir como eletivo



PERDA AUDITIVA CONFIRMADA

- AUDIOMETRIA (exames auditivos)
- Encaminhamento SASA
- Médico ou Fonoaudiólogo

SUSPEITA DA PERDA AUDITIVA

- Encaminhamento SASA
- Justificativa do prejuízo da def. auditiva
- Médico ORL ou Fonoaudiólogo

ENCAMINHAMENTO 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. | | | |
| <u>JUSTIFICATIVA (descrever prejuízo social da deficiência auditiva):</u> | | | |
| 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.

DATA:

ENCAMINHAMENTO 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)

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

2. INFORMAR OS VALORES DO EXAME DE AUDIOMETRIA

3. DESCREVER O LAUDO DA AUDIOMETRIA

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

DATA:

ENCAMINHAMENTO 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)

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?

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

DATA:

EXEMPLO:



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

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

2. Resultado da audiometria:

| | 500Hz | 1000Hz | 2000Hz |
|----|-------|--------|--------|
| OD | 20 | 15 | 15 |
| OE | 15 | 25 | 20 |

3. Laudo/parecer audiológico:

AGENDAMENTO NO SISREG

SISTEMA DE REGISTRO DE SOLICITAÇÕES DE REGULAÇÃO DE SAÚDE - SISREG

DESTINO DA SOLICITAÇÃO

Enviar Solicitação:

REGULAÇÃO FILA DE ESPERA

Município Regulador:

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

Observações:

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

EXEMPLO 1:

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

ENCAMINHAMENTO 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. | | | |
| <u>JUSTIFICATIVA (descrever prejuízo social da deficiência auditiva):</u> | | | |
| 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.

DATA:

ENCAMINHAMENTO 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) | | | |

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

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

DATA:

ENCAMINHAMENTO 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) | | | |

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

6. ALGUMA OUTRA INFORMAÇÃO RELEVANTE?

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

DATA:

REPOSIÇÃO DE APARELHO AUDITIVO:

O USUÁRIO TEM DIREITO À REPOSIÇÃO
NAS SEGUINTE HIPÓTESES:



ORÇAMENTO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

AGENDAMENTO NO SISREG

DESTINO DA SOLICITAÇÃO

Enviar Solicitação:

REGULAÇÃO FILA DE ESPERA

Município Regulador:

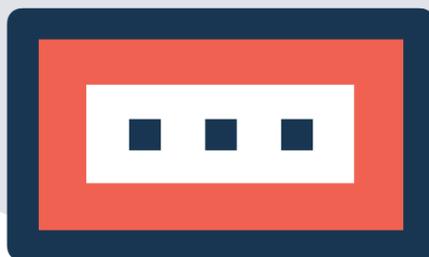
(42C15) CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL) ▼

Observações:

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

Data: 05/03/2019. REPOSIÇÃO
Orçamento. No. Série:
XDP897656/ WXT55498. Valor:
R\$750,00

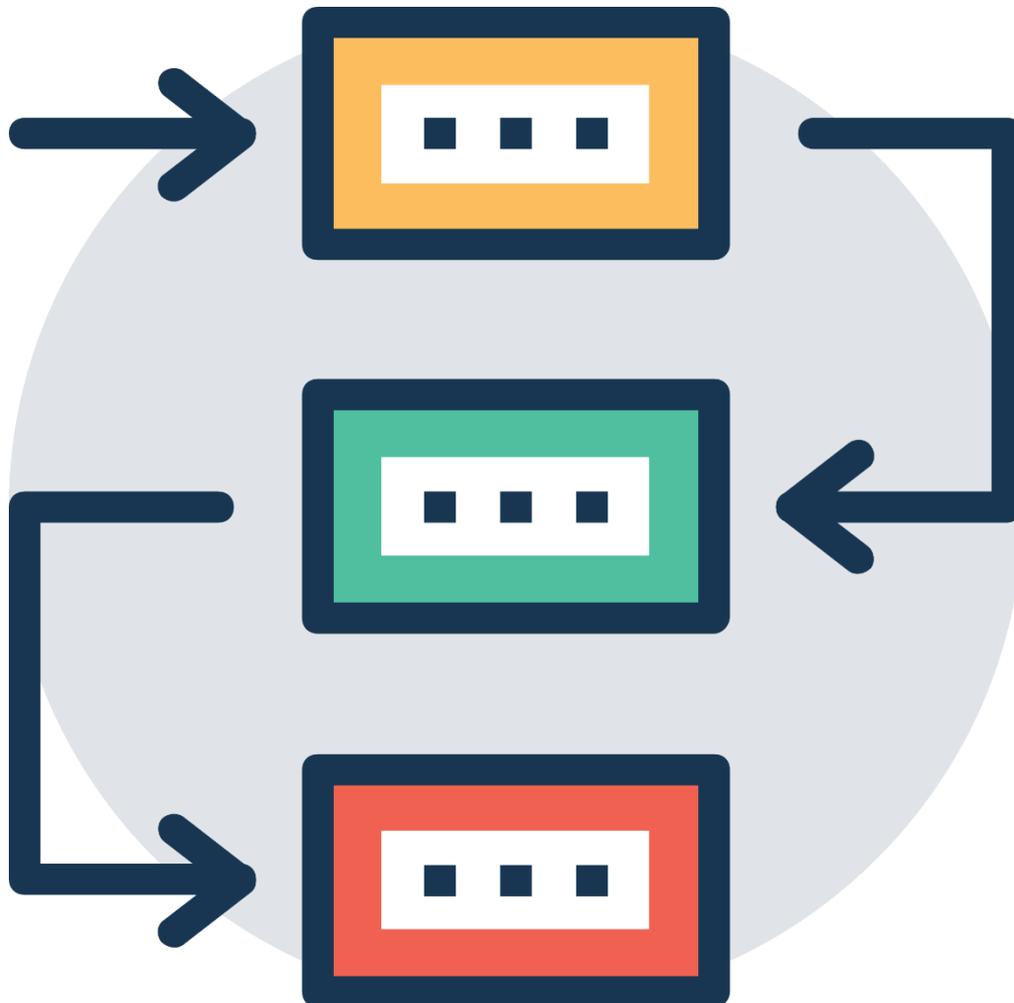
**TRIAGEM
AUDITIVA**



**SERVIÇO
HOSPITALAR DE
SAÚDE
AUDITIVA
(SHSA)**



**SERVIÇO
AMBULATORIAL
DE SAÚDE
AUDITIVA
(SASA)**



SERVIÇO HOSPITALAR DE SAÚDE AUDITIVA



Figura 4. Esquema generico de implante coclear. Adaptado de MED-EL (2012b). É importante salienta a parte externa e a implantada, ou seja, não há abertura na pele.

Fonte: quadro extraído de TEFILI, et al., 2013,

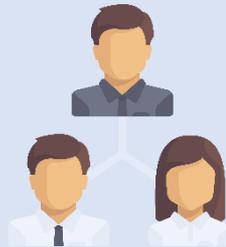
**CANDIDATOS A IMPLANTE
COCLEAR E PRÓTESE
AUDITIVA ANCORADA NO
OSSO**

CRITÉRIOS
Estabelecidos
pelo MS

USUÁRIOS
PASSAM PELO
SASA



A SMS deverá solicitar agendamento no SISREG na vaga de “avaliação p/ diagnóstico de deficiência auditiva”



Usuário é avaliado pela equipe do SASA. Caso seja elegível, o SASA encaminha para o SHSA.



SHSA

REFERÊNCIAS

- 1. Locomotiva – Pesquisa e estratégia. Raio X da surdez no Brasil. Setembro 2019.**
- 2. Santa Catarina. Diretrizes de Atenção à Saúde Auditiva na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina. 2018.**
- 3. BRASIL. Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual. Saúde Sem Limite, 2013.**
- 4. Bevilaqua (e cols). Tratado de Audiologia. São Paulo: Santos, 2012.**

SAÚDE AUDITIVA:

SABRINA LUZ

FONE: (48) 3664-7213

EMAIL: saudeauditivasur@saude.sc.gov.br

GOVERNO DE
SANTA CATARINA



SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE

Perguntas e respostas