

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo**



Nereide Lago

Análise dos Atendimentos Realizados, no SUS, às Pessoas Portadoras de Deficiência Auditiva em 2002: uma proposta de reformulação da Portaria MS/SAS nº 432 de 2000.

Orientador: Sarah Escorel

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde, do Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS.

Outubro/2004

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE
SAÚDE**

NEREIDE LAGO

**Análise dos Atendimentos Realizados, no SUS, as Pessoas Portadoras de
Deficiência Auditiva em 2002: uma proposta de reformulação da Portaria MS/SAS nº
432 de 2000.**

ORIENTADORA:

DR^A . SARAH ESCOREL

BRASÍLIA

OUTUBRO/2004

**Análise dos Atendimentos Realizados, no SUS, as Pessoas Portadoras de
Deficiência Auditiva em 2002: uma proposta de reformulação da Portaria MS/SAS nº
432 de 2000.**

Nereide Lago

Tese submetida ao corpo docente da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação
Oswaldo Cruz, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

**Prf^ª. Dr^ª. Sarah Escorel
Presidente**

**José Carvalho de Noronha
1º Examinador**

**Maria Helena Magalhães de Mendonça
2ª Examinadora**

FICHA CATALOGRÁFICA

LAGO, Nereide. Análise dos Atendimentos Realizados, no SUS, às Pessoas Portadoras de Deficiência Auditiva em 2002: uma proposta de reformulação da Portaria MS/SAS nº 432/00. *Brasília: ENSP/MS, 2004.*

148 f.

Tese de Mestrado – Ministério da Saúde, Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 2004.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sarah Escorel.

1 Sistema de Informação Ambulatorial 2 Subsistema de APAC-SIA/SUS 3 Procedimentos
4 Deficiência Auditiva 5 Registros de Atendimentos

DEDICATÓRIA

Dedico essa Dissertação aos meus pais, “in memoriam”, razão de minha existência.

AGRADECIMENTOS

Em especial agradeço:

A DEUS, que torna todos os sonhos em realidade;

A Maria da Luz Barbosa Gomes que considero como irmã, amiga querida, que sempre esteve presente durante a longa trajetória deste estudo, me incentivando, apoiando e oferecendo seus conhecimentos;

A Joana Angélica e a Gasparina, amigas sempre presentes que me socorreram nos momentos mais difíceis;

Ao Doutor Renilson Rehem de Sousa e ao Doutor João Gabbardo dos Reis que me ofereceram a oportunidade de cursar o mestrado;

Ao Doutor Jorge Solla, Secretário de Atenção à saúde, pela oportunidade dada para conclusão do trabalho;

A minha Coordenadora, Virginia da Silva Lucas, pela compreensão, apoio e incentivo, tornando possível à realização do término deste estudo;

A amiga Emília Tomassini, que com seus conhecimentos contribuiu para a conclusão deste trabalho;

Ao companheiro de trabalho Frederico Augusto que quando necessário esteve sempre presente fornecendo seus conhecimentos na área de informática;

As fonoaudiólogas Érika Pisaneschi e Carla Daher pelas contribuições prestadas na construção deste estudo;

A Elizabeth Artmann, Coordenadora do Curso de Mestrado Profissionalizante, pela compreensão e incentivo para a continuidade do trabalho;

A minha orientadora Sarah Escorel, que com firmeza e competência me conduziu nas etapas deste trabalho;

A Maria Helena Mendonça professora da Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ pela contribuição que resultou no aprimoramento do trabalho;

Aos técnicos do DATASUS/RJ: Marcelo Ceccato e Ângela Castanheira que me auxiliaram com as bases de dados do Subsistema APAC e com o Programa Tabwim;

A todas as pessoas que, de forma carinhosa, se interessaram pela pesquisa e me apoiaram durante esse longo caminho.

RESUMO

LAGO, Nereide. Análise dos atendimentos realizados no SUS, às pessoas portadoras de deficiência auditiva em 2002: uma proposta de reformulação da Portaria MS/SAS n° 432/00. Orientadora: Doutora Sarah Escorel. Brasília: ENSP/MS, 2004. Dissertação (Mestrado Profissional).

Este é um estudo de caráter descritivo e analítico, orientado para o objetivo geral de analisar as potencialidades e os limites da regulamentação estabelecida na Portaria MS/SAS n° 432, de 14 de novembro de 2000 e, acima de tudo, elaborar uma proposta de reformulação do processo de registro dos atendimentos destinados às pessoas portadoras de deficiência auditiva, no Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatorial de Alta Complexidade/Custo do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (APAC/SIA). Os dados foram obtidos através de entrevistas com equipes de consultores (otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos); análise documental, cujas fontes primárias foram: Leis e Decretos referentes à regulamentação dos direitos das pessoas portadoras de deficiência; documentos da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE) e do Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (Ministério da Saúde). As fontes secundárias foram constituídas por artigos, folhetos, dissertações e teses referentes à Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência; reabilitação das pessoas portadoras de deficiência auditiva e Sistema de Informações Ambulatorial, com ênfase no Subsistema de APAC/SIA. Os dados permitiram analisar o atendimento às pessoas portadoras de deficiência auditiva no SUS, em 2002, fornecendo subsídios para uma proposta de reformulação da Portaria em tela.

ABSTRACT

LAGO, Nereide. Analysis of the attendance realized in SUS, to persons bearer of hearing ailment on 2002: an offer of reformulation to the Government Decree MS/SAS number 432/00. Orientate: Doctor Sarah Escorel. Brasília: ENSP/MMMS, 2004. Dissertation (Professional Masters).

This is an application with descriptive and analytic character, oriented for the general object of analyse the potentially and the limits of the regulation established in Government Decree MS/SAS number 432 on 14 of November of 2000 and, above all, elaborate a propose of reformulation in the process from register of attendance destined to persons suffer of hearing ailment, at Subsystem of Authorization in Ambulatory Processes with High Complexity/Cost of Ambulatory Information System of Sistema Único de Saúde (APAC/SIA). The figures were obtained through interviews with teams of consultants (nose and throat doctors and speech doctors); documental analysis whose primary fonts were Laws and Decrees relating to regulation of the rights for persons suffer of hearing ailment; documents of National Co-ordinator for Integration of People Suffer of Audition Deficiency (CORDE) and the Manual Legislation at Health of People Suffer of Deficiency (Health Department). The secondary fonts were constituted for articles, pamphlets, dissertations and thesis, relating to the National Politic of Health for People Suffer of Deficiency; rehabilitation of the persons bear of hearing ailment and System of Ambulatory Information, with emphasis at Subsystem of APAC/SIA. The figures permitted analyse the attendance to persons suffer of hearing ailment in the SUS, on 2002, furnishing subsidies for one propose to reformulation of the Government Decree in screen.

LISTA DE QUADROS, TABELAS e FIGURA

Quadro 1	População total e estimativa de número de pessoas portadoras de deficiências e de pessoas portadoras de deficiências auditivas, por regiões, Brasil, 2002.	41
Quadro 2	Estimativas do número de pessoas portadoras de deficiências auditivas, por região, por e estados, Brasil, 2002	42
Quadro 3	Cobertura de atendimento as pessoas portadoras de deficiências auditivas, por região e estados, Brasil, 2002.	45
Tabela 1	Número de estabelecimentos de saúde cadastrados no SUS, para o atendimento as pessoas portadoras de deficiência auditiva, região e estados, Brasil, 2002.	46
Quadro 4	Número de atendimentos as pessoas portadoras de deficiência auditiva por estabelecimentos de saúde cadastrados no SUS, por regiões, Brasil, 2002.	47
Tabela 2	Número de procedimentos realizados no SUS, nos atendimentos das pessoas portadoras de deficiência auditiva, por região e estados, Brasil, 2002.	48
Quadro 5	Número de procedimentos por pessoa, realizados no SUS, nos atendimentos das pessoas portadoras de deficiência auditiva, por região e estados, Brasil, 2002.	49
Quadro 6	Número de procedimentos (consulta para diagnóstico, seleção de modelos de AASI e acompanhamentos; fornecimento e reposição de AASI), e de pessoas atendidas no SUS, por região e estados, Brasil, 2002.	51
Tabela 3	Número de consultas às pessoas portadoras de deficiência auditiva, realizadas no SUS segundo regiões, Brasil, 2002.	52
Quadro 7	Número de estabelecimentos de saúde que realizaram consultas as pessoas portadoras de deficiência auditiva, por região e estados, Brasil, 2002.	53
Quadro 8	Número e percentual de consultas às pessoas portadoras de deficiência auditiva atendidas, segundo regiões, Brasil, 2002	54
Tabela 4	Numero de consultas por faixa etária e sexo realizadas no SUS, Brasil, 2002.	55
Tabela 5	Causas da perda de audição das pessoas atendidas e consultadas no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2002.	57
Quadro 9	Causas da perda de audição das pessoas atendidas no SUS, por regiões, Brasil, 2002.	58
Tabela 6	Tipos de exames realizados no SUS, distribuídos por regiões, Brasil, 2002.	59
Tabela 7	Proporções de tipos de exames por consultas realizados no SUS, distribuídos por regiões, Brasil, 2002.	60
Tabela 8	Proporção de exames realizados por pessoas atendidas no SUS, distribuídos por regiões, Brasil, 2002.	60
Tabela 9	Número de seleção de modelos de aparelhos de amplificação sonora fornecidos pelo SUS, distribuídos por regiões, Brasil, 2002	61
Tabela 10	Número de consultas e de seleção de modelos de aparelhos de amplificação sonora fornecidos pelo SUS, distribuídos por regiões, Brasil, 2002.	62
Tabela 11	Número de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual indicados pela primeira vez e de substituição, fornecidos pelo SUS, distribuídos por regiões, Brasil, 2002.	62
Quadro 10	Número de consultas de acompanhamentos realizados, por região, Brasil, 2002.	63

Quadro 11	Relação de fornecimento de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual fornecidos com consultas de seleção de modelos e 76consultas de acompanhamento no SUS, por região, Brasil, 2002.	64
Quadro 12	Gasto médio/procedimento realizado nos atendimentos das pessoas portadoras de deficiência auditiva, no SUS, por região, Brasil, 2002.	64
Tabela 12	Distribuição dos recursos gastos com o atendimento das pessoas portadoras de deficiência auditiva, no SUS, por região e estados, Brasil, 2002.	65
Tabela 13	Número de procedimentos segundo a natureza dos estabelecimentos de saúde que atendem as pessoas com deficiência auditiva no SUS, distribuídos por regiões, Brasil 2002.	66
Figura	Fluxo da rede de atenção à saúde auditiva.	77
Tabela 14	Tabela de serviço/classificação.	78
Quadro 13	Características eletroacústicas do AASI.	85

SUNÁRIO

INTRODUÇÃO	2
<i>Objetivos e Estruturação do Estudo</i>	4
<i>Abordagem Metodológica</i>	6
CAPÍTULO I	
<i>Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência</i>	8
<i>Antecedentes Históricos</i>	8
<i>Deficiência Auditiva</i>	10
<i>A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência</i>	16
CAPÍTULO II	
<i>Sistema de Informação em Saúde</i>	24
<i>Sistema de Informação Ambulatorial – SIA</i>	27
<i>Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC-SIA</i>	33
CAPÍTULO III	
<i>Atendimento às Pessoas Portadoras de Deficiência Auditiva, no Brasil</i>	40
<i>Pessoas portadoras de deficiência auditiva</i>	41
<i>Procedimentos</i>	43
<i>Registros dos Procedimentos</i>	44
<i>Consultas</i>	52
<i>Principais causas de perda de audição</i>	56
<i>Exames</i>	59
<i>Fornecimento de aparelhos de amplificação sonora individual - AASI</i>	61
<i>Custos dos atendimentos as pessoas portadoras de deficiência auditiva</i>	64
CAPÍTULO IV	
<i>Contribuição para reformulação da portaria</i>	69
<i>Critérios de indicação do uso de AASI</i>	79
<i>Tipos de AASI</i>	80
<i>Avaliação diagnóstica necessária para a indicação do uso de AASI e seleção da amplificação</i>	81
<i>Seleção e adaptação de AASI</i>	82
<i>Proposta de nova redação para os procedimentos relacionados na Portaria nº 432</i>	86
<i>Laudo par emissão de APAC</i>	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	104
ANEXOS	105

INTRODUÇÃO

No Brasil, são escassos os estudos sobre a prevalência e incidência da deficiência auditiva, não havendo dados precisos a respeito deste grupo populacional. Nesse sentido, ainda nos ressentimos da carência de informações que permitam dimensionar a abrangência da deficiência auditiva (BRASIL, 1999b). A dimensão do problema se agiganta, quando descobrimos que as informações, de alcance nacional, disponíveis no Banco de Dados do Sistema de Informações Ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS não retratam de forma atualizada o número real de casos existentes, sua distribuição, faixa etária, classe socioeconômica e tipos de perdas auditivas.

Como exemplo, ressalto que dados do SIA/SUS informam que, no ano de 2002, 45.885 (quarenta e cinco mil oitocentos e oitenta e cinco) pessoas com problemas de audição foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde, em nível ambulatorial, das quais 22.933 eram do sexo feminino e 22.952 eram homens. Em paralelo, o volume de serviços prestados pelos 71 estabelecimentos de saúde credenciados pelo SUS, para atendimento às pessoas portadoras de deficiência auditiva, em 2002, correspondeu ao total de 120.366 atendimentos/procedimentos/tratamentos gerando gastos de R\$ 51.799.451,75. (BRASIL, 2002a).

Mesmo com a implantação do Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais – APAC-SIA/SUS de deficiência auditiva, em 2001 que possibilitaria a identificação nominal dos pacientes e, como consequência, forneceria expressivo volume de informações a respeito desses pacientes, até hoje, ainda não se conhece o número real de deficientes auditivos, entre aqueles que sofrem patologias ou acidentes potencialmente incapacitantes¹, nem o grau da deficiência auditiva.

A Organização Mundial de Saúde estima que cerca de 10% da população de qualquer país esteja constituída por pessoas com algum tipo de deficiência e indica que 1,5% corresponde aos portadores de deficiência auditiva (total ou parcial). De acordo com esses parâmetros, dos 169.799.170 brasileiros, (segundo o Censo 2000, IBGE) 16.979.917 seriam portadores de deficiência, dos quais cerca de aproximadamente dois milhões 546 mil brasileiros apresentariam algum tipo de deficiência auditiva.

¹ Incapacitante significa uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida (BRASIL, 1992b).

No entanto, os resultados do censo de 2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE apontaram que 14,5 da população brasileira era portadora de algum tipo de deficiência. Na pesquisa, os portadores de deficiência auditiva aparecem em terceiro lugar, correspondendo a 16,7% do total de pessoas com deficiência. Portanto, cerca de 24 milhões e seiscentas mil pessoas seriam portadores de algum tipo de deficiência, dos quais, aproximadamente, quatro milhões cento e doze mil pessoas teriam algum tipo de deficiência auditiva, o que corresponde praticamente ao dobro da estimativa da OMS.

É provável que o prognóstico elevado de portadores de deficiência auditiva conforme Censo 2000, seja decorrente de rubéola congênita, ainda não erradicada, ou de surtos de meningite, observados com certa frequência. Tais fatores são causas comuns de perda auditiva de grau severo a profundo. Os surtos de meningite podem ser justificados pelas carências de saneamento básico e nutrição adequada em muitas áreas do país.

A Organização Mundial de Saúde considera a deficiência auditiva como um problema de saúde pública, cuja atenção deve ser parte integrante de Atenção Básica de saúde. A falta de informações e de medidas preventivas (vacinação e acompanhamento pré-natal), bem como abusos de agentes tóxicos e tratamentos inadequados das infecções agudas do trato respiratório aumentam a incidência da deficiência auditiva. (BRASIL, 2003a).

Tendo a exata noção desse contexto e compreendendo a necessidade de obter informações claras, ágeis e confiáveis sobre este segmento populacional, no Brasil, o Ministério da Saúde procura desenvolver atuação decisiva no sentido de incluir a atenção à saúde da população portadora de deficiência no SUS, de forma articulada entre as três esferas de governo.

Em 2002, elaborou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência² com o principal objetivo de definir diretrizes e responsabilidades institucionais, no sentido de criar condições para a reabilitação da pessoa portadora de deficiência (BRASIL, 2003a).

Essa política enfatiza, também, a criação de mecanismos específicos para a produção de informações, no âmbito do SUS, relacionadas às deficiências e

² Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência – documento que integra o Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, (BRASIL, 2003a).

incapacidades. Com efeito, os sistemas de informações em saúde podem ser considerados expressão da *práxis* institucional, sendo estruturados para dar respostas a determinados interesses e práticas institucionais (MORAES, 1994).

Com relação ao atendimento específico às pessoas portadoras de deficiência auditiva, o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS/SAS nº 432, em novembro de 2000, republicada em dezembro do mesmo ano e que passou a vigorar a partir de abril de 2001. Com essa Portaria, o registro dos atendimentos destinados às pessoas portadoras de deficiência auditiva ocorreu por meio do subsistema de APAC-SIA. (BRASIL, 2000).

De acordo com a Portaria MS/SAS nº 432/00, para o credenciamento de serviços de saúde que oferecem assistência às pessoas portadoras de deficiência auditiva, no âmbito do SUS, é necessário que o prestador disponha de: serviço de diagnose e terapia em otorrinolaringologia especializado em audiologia clínica; equipamento específico BERA³, para a realização dos testes Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Cerebral, assim como de equipe multiprofissional (médico, assistente social, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo).

A principal dificuldade para o credenciamento dos serviços especializados decorreu da exigência do equipamento para a realização do exame Potencial Evocado de Tronco Cerebral – BERA, restringindo, dessa forma, o acesso da população portadora de deficiência auditiva às ações e serviços de saúde. Esse equipamento tem custo elevado e não se destina primordialmente à avaliação auditiva, pois prioriza o diagnóstico de alterações neurais.

Entretanto, na época da implantação da Portaria MS/SAS nº 432, não havia qualquer impedimento para que esse grupo populacional fosse diagnosticado, recebesse a prótese e fosse acompanhado em serviços de atendimento de média complexidade.

O Ministério da Saúde coloca à disposição dos gestores do Sistema Único de Saúde um grande número de Sistemas de Informação em Saúde, destacando-se entre outros: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); Sistema de Informação Hospitalar (SIH); Sistema de Informação de Mortalidade (SIM); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN).

³ BERA – Brainstem Evoked Responses Audiometry – equipamento que permite o diagnóstico diferencial das deficiências auditivas, nas diferentes faixas etárias.

No entanto, a desarticulação entre esses sistemas e a multiplicidade dos padrões de representação da informação, torna-se quase impossível a interação de dados. A falta desses padrões não permite o intercâmbio de dados entre os serviços, nem a alimentação automática desses sistemas.

Além disso, alguns sistemas estão direcionados para o controle da produção de serviços e de seus respectivos faturamentos, não contendo outras informações, como por exemplo, as voltadas para a avaliação do impacto das ações desenvolvidas sobre a situação de saúde das populações. Apesar da existência de instrumentos de visualização dos dados de produção oferecidos pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS, as análises mais detalhadas requerem a utilização do dado não agregado. Isso demanda o conhecimento da estrutura interna das bases de dados e de técnicas de manipulação, o que dificulta o uso da informação.

Objetivos e Estruturação do Estudo

O presente trabalho teve como objetivo geral analisar as potencialidades e os limites da regulamentação estabelecida na Portaria MS/SAS nº 432 de 14 de novembro de 2000, visando elaborar uma proposta de reformulação do processo de registro dos atendimentos destinados às Pessoas Portadoras de Deficiência Auditiva, no Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatorial de Alta Complexidade/Custo do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde.

No delineamento do estudo, parte-se do pressuposto de que o Subsistema APAC-SIA deveria ter sido estruturado não somente para obter controle dos aspectos contábeis dos atendimentos ambulatoriais de média e de alta complexidade, mas, principalmente, para obter informações, tais como: procedência, idade, sexo, tipos de atendimentos, causas da doença, e ainda, a frequência e os recursos destinados a cada estabelecimento de saúde que integra a rede assistencial do SUS. Essas informações são consolidadas em nível nacional e deveriam estar disponíveis de forma bastante prática em CD ROM e pela Internet <www.datasus.org.br>.

A lógica de estruturação das informações baseia-se na necessidade de controle e avaliação dos atendimentos realizados em nível ambulatorial.

Nesse diapasão, como referi, o presente estudo orientou-se na direção de analisar as informações existentes no subsistema de APAC de Deficiência Auditiva, visando à reformulação dos registros de atendimentos destinados às pessoas portadoras dessa

deficiência. Pretendi igualmente verificar se é possível, utilizando os dados contidos nesse subsistema, avaliar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, no que diz respeito àqueles que padecem de deficiência auditiva.

Os objetivos específicos desse trabalho, portanto, foram assim definidos:

- Analisar os procedimentos referentes ao atendimento às pessoas portadoras de deficiência auditiva, no Brasil, a partir do cadastro de estabelecimentos de saúde e da consolidação da produção ambulatorial, no ano de 2002;
- Analisar em que medida as informações fornecidas pelo subsistema de APAC-SIA permitiriam avaliar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, no que diz respeito aos que são acometidos de deficiência auditiva;
- Elaborar uma proposta de reformulação da Portaria MS/SAS nº 432, de 14 de novembro de 2000, visando à ampliação e o fortalecimento dos mecanismos para o registro das informações, que possibilitem o acompanhamento e a avaliação da assistência à pessoa portadora de deficiência auditiva, no âmbito do SUS.

Para o alcance desses objetivos, estruturei o trabalho em quatro capítulos:

No primeiro, apresento um panorama da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e os aspectos relevantes para o estudo sobre o tema deficiência auditiva.

No segundo, descrevo os módulos que compõem o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS. Posteriormente discorro sobre o aperfeiçoamento do SIA que resultou no Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

No terceiro, analiso as informações que constam no Banco de Dados Nacional do Sistema de Informações Ambulatoriais referentes ao atendimento às pessoas portadoras de deficiência auditiva, no Brasil, a partir do cadastro de estabelecimentos de saúde e da consolidação da produção ambulatorial, no ano de 2002.

No quarto capítulo, analiso as potencialidades e os limites da Portaria MS/SAS nº 432 de 14 de novembro de 2000 e apresento sugestões para sua reformulação.

Abordagem Metodológica

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo e analítico, apoiada em informações quantitativas e qualitativas.

A proposta inicial do estudo era coletar os dados relativos ao atendimento às pessoas portadoras de deficiência auditiva, no SUS, ano 2002, por meio do Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo, (APAC-SIA). Entretanto, na época da pesquisa, a base de dados desse Subsistema estava sendo migrada para outro Sistema devido às várias reclamações dos usuários quanto ao difícil acesso ao mesmo. Portanto, foi possível coletar apenas o número de pessoas atendidas, através do subsistema de APAC.

Essa dificuldade limitou o estudo às informações disponíveis no Banco de Dados Nacional do SIA/SUS referentes à produção dos serviços realizados pelos estabelecimentos de saúde, cadastrados, no SUS, em 2002, que prestaram assistência às pessoas portadoras de deficiência auditiva.

Ademais, não foi possível coletar informações tais como: (a) número de pessoas portadoras de deficiência auditiva efetivamente atendidas no SUS, identificadas por tipo de APAC; (b) número de pessoas com indicação de cirurgia para implante coclear, identificadas por APAC; (c) número de pessoas portadoras de deficiência auditiva, efetivamente atendidas no SUS, com progressão da perda auditiva; (d) número de estabelecimentos de saúde que prestam assistência às pessoas portadoras de deficiência, no SUS, por nível de complexidade.

Os dados foram tabulados e apresentados mediante cálculo de frequências simples com a utilização de quadros e/ou tabelas tendo por base sua distribuição por estado (UF) e macro região do País, seguindo a lógica do atendimento prestado aos clientes. Com fundamento na análise desses dados, derivei aspectos importantes que precisam ser considerados em uma avaliação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência Auditiva, assim como, para auxiliar os gestores no desenvolvimento das atividades de controle e avaliação.

A partir da análise dos dados, destaquei as potencialidades e limites da regulamentação estabelecida na Portaria MS/SAS 432/2000, considerando as diretrizes estabelecidas no programa de assistência integral às pessoas portadoras de deficiência auditiva, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde, utilizando os parâmetros publicados no Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.

Os dados que subsidiaram a análise foram coletados por meio de reuniões com os profissionais da área de saúde (otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos), assim como nas seguintes fontes documentais: leis e decretos referentes à regulamentação dos direitos das pessoas portadoras de deficiência auditiva; documentos da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE, relacionados aos portadores de deficiência auditiva e Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, do Ministério da Saúde.

As fontes secundárias foram constituídas por artigos, dissertações e teses, livros, folhetos, periódicos, concernentes à Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, Reabilitação das Pessoas Portadoras de Deficiência e Sistema de Informações, com ênfase no Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/ Custo.

CAPÍTULO I

Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência

Antecedentes Históricos

Nas primeiras décadas do século XX, persistiu a crônica omissão do Estado em relação às políticas dirigidas às pessoas portadoras de deficiência, em nosso país. A atenção a esse grupo de clientes era desenvolvida em entidades filantrópicas e benemerentes. Em análise sobre a atuação estatal no período Maior (1997, p.34) definiu-o como *assistencialismo paternalista*, pois cabia à pessoa com deficiência amoldar-se aos padrões da sociedade para ser aceito. Mas, a bem da verdade, cabe assinalar que, não fosse o esforço dessas instituições, quase nada haveria até hoje.

Como exemplo dessa tendência, basta recordar que a proteção social dos portadores de deficiência, durante o período anterior à década de 70 do século XX, concentrava-se na reabilitação das crianças e adolescentes portadores de deficiência, sob a responsabilidade do setor privado. A outra parcela de pessoas portadoras de deficiência que não integravam a clientela das entidades filantrópicas, continuavam sem acesso ao atendimento custeado pelo Estado.

Na segunda metade da década de 70, começou a emergir no cenário político brasileiro, uma tímida consciência política entre as pessoas portadoras de deficiência (RIBAS, 1985). Essa década foi marcada pelo início da organização das associações de pessoas portadoras de deficiência em grupos específicos: auditivos, físicos e visuais (MAIOR, 1997).

Na área de reabilitação, o ano de 1981 representou um marco para os movimentos de luta dos anos anteriores, em face de ser considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o ano internacional das pessoas portadoras de deficiência (MAIOR, 1997). Nesse ano, no Brasil foi iniciada uma série de estudos visando avaliar a atuação no setor, com a criação de comitês e conselhos nos níveis federal e estadual e em diversos municípios (BIELER, 1990). Esses conselhos foram integrados por pessoas portadoras de deficiência, inaugurando uma profícua parceria entre profissionais de reabilitação, técnicos do poder executivo e membros do legislativo (ENCONTRO NACIONAL COM PROCURADORES DA REPÚBLICA E DE JUSTIÇA, 1993).

Em 1986, o governo federal criou a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, por meio do Decreto 93481/86. Essa Coordenadoria foi reestruturada por meio da Lei 7853 de 1989, que manteve a entidade como autônoma, com dotação orçamentária própria. (BRASIL, 1999a) Com a reformulação administrativa proposta pelo governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, a CORDE passou para o Ministério da Justiça.

Consideram-se como atribuições e competências da CORDE a proposta de uma política nacional de integração das pessoas portadoras de deficiência, bem como a formulação e execução de uma política de prevenção de doenças e fomentar a criação de programas e projetos no âmbito dos Ministérios da Educação, da Saúde, da Previdência Social e do Trabalho.

Ainda na década de oitenta, criaram-se propostas reformadoras do processo de saúde, em paralelo com o processo de redemocratização do país, desencadeando um forte movimento social, denominado Movimento da Reforma Sanitária, que reuniu atores diversificados em uma luta política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade da atenção à saúde (MENDES, 1995).

A responsabilidade do Estado pela garantia desses direitos foi incorporada ao texto Constitucional de 1988, estabelecendo-se que devem ser assegurados “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde” (Brasil, Constituição Federal 1988, art. 196).

A Constituição de 1988, no capítulo da Seguridade Social, instituiu o Sistema Único de Saúde - SUS, que foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde 8080 de 19 de setembro de 1990. Essa legislação dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (BRASIL, 2001a; 1990).

A Lei 8080/90 definiu como princípios norteadores do SUS, entre outros: o direito à informação, para pessoas assistidas, sobre sua saúde; a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; o acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais e a organização e coordenação do Sistema Nacional de Informação em Saúde.

A Constituição Federal de 1988 foi pródiga ao tratar da pessoa portadora de deficiência, estabelecendo não somente a regra geral, relativa ao princípio da igualdade (art. 5º, “caput”), mas também: a competência comum da União, Estado, Distrito Federal e Municípios para cuidar da saúde e promover a assistência pública, a proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência (art. 23, II); a assistência social no que se refere à habilitação, reabilitação e benefício previdenciário (art. 203, IV e V); e a criação de programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de deficiência (art. 227, II).

Decorrente do disposto na Constituição Federal, foi sancionada a Lei 7.853, de 24 de outubro de 1989, regulamentada dez anos mais tarde pelo Decreto Federal nº 3298 de 20 de dezembro de 1999. Essa Lei dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolidando as normas de proteção e dando outras providências. (BRASIL, 1999a).

O Decreto Federal nº 3.298/99 atribuiu ao setor saúde, a promoção de ações preventivas; a criação de uma rede de serviços regionalizados, descentralizados e hierarquizados em crescentes níveis de complexidade, direcionados ao atendimento à saúde e reabilitação da pessoa portadora de deficiência; a garantia de acesso desse grupo de pacientes aos estabelecimentos de saúde públicos e privados; a garantia ao atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado e o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiências (art. 2º, Inciso II).

A Lei nº 7.853/89 e o Decreto nº 3.298/99 são dois grandes instrumentos colocados à disposição dos governantes e da sociedade, para a continuidade da luta pela conquista da cidadania desse grupo populacional. No entanto, mesmo depois de promulgadas, as leis são implantadas de modo lento e parcial, sendo ignoradas pela maior parte da população. Além disso, para usufruírem seus direitos, os portadores de deficiência precisam sempre recorrer à legislação.

Deficiência Auditiva

A audição é um dos sentidos que traz informações importantes para o desenvolvimento humano, principalmente nos aspectos lingüísticos e psicossociais.

A esse respeito, cumpre recordar que o ouvido humano possui três partes: ouvido externo, ouvido médio e ouvido interno, cada uma das quais possui funções específicas, assim discriminadas:

- *Ouvido externo*: é composto pelo pavilhão auricular e pelo canal auditivo, que é a porta de entrada do som. Nesse canal, certas glândulas produzem cera, para proteger o ouvido.

- *Ouvido médio*: formado pela membrana timpânica e por três ossos minúsculos, que são chamados de martelo, bigorna e estribo, pois são parecidos com esses objetos. Em contato com a membrana timpânica e o ouvido interno, eles transmitem as vibrações sonoras que entram no ouvido externo e devem ser conduzidas até o ouvido interno.

- *Ouvido interno*: nele está a cóclea, em forma de caracol, que é a parte mais importante do ouvido, pois é responsável pela percepção auditiva. Os sons recebidos na cóclea são transformados em impulsos elétricos que caminham até o cérebro, onde são “entendidos” pelas pessoas.

Deficiência significa toda perda ou anormalidade de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano (BRASIL, 1999a). De acordo com este diploma legal, qualquer distúrbio no processo de audição normal, seja qual for sua causa, tipo ou severidade, constitui-se em deficiência auditiva.

Quanto à época de aparecimento, a deficiência auditiva pode ser congênita, quando o indivíduo nasce com a deficiência, ou adquirida, quando a deficiência manifesta-se no decorrer da vida. Como se pode inferir, as causas da deficiência auditiva podem ser pré-natais (ocorrem antes do nascimento), perinatais (ocorrem no momento do nascimento) ou pós-natais (ocorrem durante o desenvolvimento do indivíduo).

Freeman (1999) aponta como fatores de risco para a deficiência auditiva congênita: hereditariedade; rubéola, citomegalovírus, sífilis e toxoplasmose e os adquiridos: otites; traumatismos; exposição a ruídos; doenças viróticas ou infecciosas (meningite, sarampo e caxumba).

No caso da rubéola, desde 1992, a Vigilância Epidemiológica vem desenvolvendo medidas de controle, para diminuir a disseminação dessa doença. Diante desse risco, cabe atribuir particular atenção a um programa efetivo de vacinação contra a

rubéola, considerada uma das principais causas da deficiência congênita em nosso país. (FERREIRA JUNIOR, 1998).

Cruz e Costa (1994) destaca que a meningite “trata-se de uma das maiores causas de perda auditiva na infância em nosso meio, perdendo apenas para a rubéola congênita e para as disacusias⁴ genéticas.

Além dos mencionados fatores de risco para a deficiência auditiva adquirida, alguns estudiosos mencionam, também, a presbiacusia e as lesões causadas pelas drogas tóxicas e seu uso indiscriminado (SILMAN e SILVERMAN, 1998; NUDELMANN, 1997).

Com relação ao uso de medicamentos, a baixa de audição pode surgir no decurso do tratamento medicamentoso, ou meses após sua suspensão. De todos os aminoglicosídeos, a gamicina é o de efeito mais grave sobre a audição e é usada com frequência em berçários contra infecção hospitalar. No entanto, a surdez, geralmente só vai ser descoberta quando o bebê atinge a idade do aprendizado da fala (HUNGRIA, 1991).

A incidência da deficiência auditiva congênita e adquirida, no Brasil, tem aumentado muito nos últimos anos e a principal razão está na falta de prevenção das principais infecções e doenças contagiosas. Nesse sentido, a prevenção das infecções congênitas, assim como sua identificação precoce e instituição de tratamento adequado têm se mostrado eficaz para reduzir a ocorrência de deficiência auditiva na infância (AZEVEDO, 1996).

Gerber (1990) realizou uma revisão das principais causas da deficiência auditiva, citando: hereditariedade, infecções perinatais, como: rubéola, citomegalovírus, toxoplasmose e herpes, malformações da cabeça e pescoço, baixo peso ao nascer, hiperbilirrubinemia e meningite.

Nesse contexto, deve-se atribuir ênfase à atuação das políticas públicas à atenção básica, uma vez que a maior incidência das perdas auditivas da população tem por fator etiológico a rubéola materna e a meningite (SANTOS, 1994). Tal investimento, além de diminuir a incidência das deficiências de audição e melhorar as condições de saúde da população em geral, seria, com certeza, economicamente mais viável do que arcar com o esquema de reabilitação, necessário à obtenção de resultados satisfatórios.

⁴ Disacusias: distúrbio auditivo em que os sons são deturpados, em sua frequência ou em sua intensidade.

Assim, o conhecimento das causas da deficiência auditiva, seja, no adulto ou na criança, permite a adoção de estratégias mais adequadas no processo de prevenção e tratamento, quer no campo da clínica médica, reabilitação ou educação (RUSSO e SANTOS, 1993).

Sabe-se que toda substância pode causar ação benéfica ou nociva sobre um órgão devido a muitos fatores. O mesmo ocorre com o ouvido interno: certas drogas ou produtos químicos podem ser benéficos, quando usados em tratamentos, porém nocivos se considerados ototóxicos.

Qualquer tipo de problema em uma das partes do ouvido pode prejudicar a audição, em maior ou menor grau. Há diferentes tipos de perda auditiva, conforme seja afetado o ouvido médio e/ou o interno. Nessa linha de pensamento, as deficiências auditivas podem ser classificadas basicamente de duas maneiras: quanto à localização da alteração no ouvido (tipo de perda auditiva) e quanto ao grau de comprometimento, ou seja, grau da perda auditiva (FERREIRA JUNIOR, 1998).

Tipos de Perda Auditiva:

a) *Condutiva*: a alteração está localizada no ouvido externo e/ou ouvido médio. Esse tipo de perda ocorre quando há qualquer interferência na transmissão do som, desde o conduto auditivo externo até a cóclea. O ouvido interno tem capacidade de funcionamento normal, mas não é estimulado pela vibração sonora. Na maioria dos casos, essas perdas podem ser corrigidas por meio de tratamento clínico ou cirúrgico. Como exemplo, temos as perdas auditivas de causas:

- *pré-natais*: malformações congênitas do ouvido externo ou ouvido médio;
- *pós-natais*: infecções no ouvido externo ou médio.

A otite constitui a segunda principal causa de visita ao pediatra durante os primeiros anos de vida da criança. É nesse período que a criança precisa ouvir melhor, porque é nessa fase que acontece a neuromaturação do sistema auditivo central e de suas funções. A maior incidência de otite média ocorre em crianças pequenas e bebês; isto pode ser explicado pela imaturidade do sistema imunológico e também pela imaturidade estrutural e funcional da tuba auditiva (SANTOS, 1994).

b) *Neurosensorial*: a alteração está localizada no ouvido interno, envolvendo o Órgão de Corti e/ou fibras do nervo auditivo. Esse tipo de perda ocorre quando há impossibilidade de recepção do som por lesão das células ciliadas da cóclea ou do nervo

auditivo e geralmente é irreversível. Como exemplo, temos as perdas auditivas de causas:

- *Pré-natais*: fatores genéticos; rubéola, citomegalovirus e toxoplasmose; exposição da mãe a drogas ototóxicas.
- *peri-natais*: baixo peso ao nascer; anóxia; hiperbilirrubinemia e traumas de parto;
- *Pós-natais*: doenças adquiridas pelo indivíduo (meningite e caxumba); avanço da idade; exposição a ruído; uso de medicamentos que afetam o ouvido.

A meningite bacteriana é responsável por 65% a 40% das deficiências auditivas neurossensoriais adquiridas, que ocorrem na população em idade escolar. Embora a severidade do grau da perda neurossensorial possa variar de leve a profunda, os resultados audiométricos mais freqüentes mostram que seus portadores apresentam perdas bilaterais, simétricas e, em geral irreversível (SANTOS, 1997).

Dentre as alterações mais comuns observadas na síndrome da rubéola congênita, Martinez, (1991) encontrou maior incidência nas alterações auditivas. A deficiência auditiva na rubéola é geralmente neurossensorial, de grau severo profundo, com comprometimento bilateral (MARTIN, 1995).

c) *Mista*: a alteração está localizada no ouvido interno, associada a um componente condutivo. Esse tipo de perda ocorre quando há alteração na condução do som até o órgão terminal sensorial associada à lesão do órgão ou do nervo auditivo.

d) *Central*: a alteração pode localizar-se a partir do tronco cerebral até as regiões sub corticais e córtex cerebral. Como exemplo, temos as perdas auditivas de causas:

- *Pré-natais*: alterações congênitas do sistema nervoso central; uso de drogas pela mãe, que afetam o sistema nervoso central;
- *Peri-natais*: anóxia, parto de fórceps;
- *Pós-natais*: alterações vasculares cerebrais, doenças que afetam o sistema nervoso central, traumas cranianos.

O Grau de Perda Auditiva em Decibéis (dB) é delimitado pelos limiares tonais, obtidos por meio de testes que utilizam o audiômetro (instrumento construído para medir a sensibilidade auditiva) ou podem ser estimados por meio de testes objetivos,

que utilizam avaliação eletrofisiológica. Corresponde à menor intensidade de som que o indivíduo conseguiu perceber em 50 dos estímulos apresentados e é classificado em:

Deficiência auditiva leve, limiar tonal entre 15 e 30 dB;

Deficiência auditiva moderada, limiar tonal entre 31 e 60 dB;

Deficiência auditiva severa, limiar tonal entre 61 e 90 dB;

Deficiência auditiva profunda, limiar tonal acima de 91 dB.

Freeman (1999) explica a classificação das deficiências auditivas da seguinte forma:

A deficiência auditiva leve, desde que não progrida, geralmente não tem efeito significativo no desenvolvimento da fala e da linguagem. Dificilmente, será necessária a colocação de um aparelho de amplificação sonora individual (AASI). No entanto, uma perda moderada pode afetar e atrasar esse tipo de desenvolvimento, embora não impeça que a criança fale. Se houver indicação para utilização do AASI juntamente com um processo terapêutico, a criança terá desenvolvimento normal.

Deficiência auditiva severa pode impedir o desenvolvimento da fala e da linguagem. Contudo, se for feito o uso de AASI, em conjunto com a intervenção terapêutica e esforço contínuo, a criança poderá receber informações utilizando a audição para o desenvolvimento da fala, da linguagem e do aprendizado.

Na deficiência auditiva profunda, a intervenção terapêutica precoce e intensa, com uso de AASI ou, implante coclear⁵ possibilita o desenvolvimento da fala e linguagem, embora de maneira lenta e com dificuldade. Essas crianças freqüentemente precisarão de leitura orofacial (leitura labial). Em outros casos, terão necessidade de adquirir a linguagem de sinais. A contribuição da audição como meio para o desenvolvimento da fala e da linguagem varia muito entre as crianças com deficiência auditiva profunda.

Aproximadamente, 0,1% das crianças nascem com deficiência auditiva severa e profunda (NORTHEM e DOWNS, 1991). Esses tipos de deficiência impedem a aquisição normal da linguagem por meio do sentido da audição. Os estudiosos mencionados afirmam que 90 das crianças portadoras de deficiência auditiva de grau severo e profundo são filhos de pais ouvintes e que mais de quatro das crianças de alto

⁵ Implante Coclear: é o tratamento da perda auditiva severa por uma tecnologia de substituição da audição natural por prótese no interior do ouvido.

risco são diagnosticadas como portadoras de deficiência auditiva de grau moderado a profundo.

As implicações decorrentes de uma perda auditiva são várias, ressaltando-se aquelas que se referem à comunicação e as relacionadas ao desenvolvimento e integração bio-psico-social. No entanto, quanto antes uma deficiência auditiva for identificada, torna-se possível minimizar e até eliminar as seqüelas, através de medidas adequadas.

Assim, prevenir distúrbios da audição é uma proposta de grande extensão que, se levada a cabo, não só contribui para reduzir as alterações e suas conseqüências como também pode proporcionar melhores condições de saúde e educação para a população. Nessa linha de pensamento, os cuidados dos portadores de deficiência auditiva devem estar inseridos no contexto de uma política de atenção à saúde como qualidade de vida no exercício de cidadania.

A priorização dessas populações e o atendimento cuidadoso, no sentido de impedir o desenvolvimento de patologias ou saná-las, quando o processo patológico é ainda inicial, diminuem as possibilidades de evolução ou agravamento, prevenindo a necessidade de atendimento nos níveis de atenção de média e de alta complexidade.

A Reabilitação é o processo destinado a permitir que a pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental ou social funcional ótimo, podendo compreender medidas compensatórias da perda de uma função ou uma limitação funcional e facilitar ajustes ou reajustes sociais (BRASIL, 1999a).

Dessa forma, a reabilitação da pessoa portadora de deficiência auditiva deve incluir a prestação dos seguintes tipos de serviços: (a) atendimento e tratamentos médicos; (b); detecção precoce, diagnóstico e intervenção; (c) assistência social, psicológica e fonoaudiológica; (d) fornecimento de aparelhos de amplificação sonora individual – AASI; (e) serviços educacionais especializados e serviços de reabilitação profissional.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência instituída pela Portaria MS/GM Nº 1.060, de 05 de junho de 2002, dentro do contexto de políticas governamentais tem como principal propósito reabilitar a pessoa portadora de deficiência: “na sua capacidade funcional e desempenho humano – de modo a contribuir

para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências” (BRASIL, 2002c)

O alcance desse propósito está vinculado principalmente, ao processo de promoção da saúde, que depende da participação efetiva dos diversos setores do governo e da sociedade. Além disso, o alcance dos objetivos requer o cumprimento das seguintes diretrizes: (a) promoção da qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência; (b) assistência integral à saúde da pessoa portadora de deficiência; (c) prevenção de deficiências; (d) ampliação dos mecanismos de informação; (e) organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência; (f) capacitação de recursos humanos; (g) responsabilidades institucionais; (h) acompanhamento e avaliação da Política Nacional.

Como referi em capítulo anterior, um dos objetivos específicos deste estudo é analisar em que medida as informações fornecidas pelo subsistema APAC-SIA permitiriam ou não avaliar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, no que diz respeito aos portadores de deficiência auditiva.

Nessa linha de pensamento, considero muito relevante destacar alguns itens dessas diretrizes.

1) Promoção e Prevenção de Deficiência

Essa diretriz visa assegurar a igualdade de oportunidades aos portadores de deficiência. Inclui, além da prevenção de riscos de doenças e morte, ações capazes de evitar situações e obstáculos à vida desse grupo populacional. Nesse sentido, insere a criação de ambientes favoráveis, o acesso à informação e aos bens e serviços sociais, assim como a promoção de habilidades individuais que apoiem o desenvolvimento de suas potencialidades.

Em relação às condições ambientais, deve-se evitar ao máximo a permanência em ambientes de risco, tais como os de grande concentração de pessoas e exposição a agentes alergênicos, químicos e a ruído. Promover o uso de proteção, quando a exposição for inevitável, conscientizando os efeitos negativos, progressivamente mais extensos em relação à audição e ao organismo como um todo.

Ainda quanto ao ambiente físico, é função do profissional fonoaudiólogo participar de equipes multidisciplinares, ocupando-se dos aspectos relacionados às

condições acústicas, quando considerada a construção e instalação de equipamentos educacionais e ambientes profissionais.

As medidas preventivas devem envolver ações de natureza educativa e informativa alusivas ao atendimento pré-natal adequado e à detecção precoce de deficiências, assim como a formação de recursos humanos qualificados. Com esse intuito, merecem ênfase processos educativos e campanhas de comunicação social que esclareçam e estimulem a vacinação contra poliomielite, o sarampo e a rubéola. Com idêntica intenção e com o propósito de prevenir os acidentes e as doenças profissionais, devem ser implementadas medidas de segurança e de saúde nos ambientes de trabalho.

Em relação ao indivíduo, é crucial promover a consciência de corpo e a identificação e conhecimento das vias auditivas e seu funcionamento. Cabe socializar informações relativas à anatomia e fisiologia auditivas, natureza e tipos de sons, identificação das sensações auditivas em nível individual e reconhecimento do sentido de som agradável e desagradável. Indivíduos com risco de desenvolver hipertensão, diabetes e problemas renais devem receber orientação específica com relação à audição, promovendo-se, ainda, o controle medicamentoso dessas patologias na prevenção de problemas auditivos que delas podem advir. Essas são informações e atividades importantes para a compreensão das propostas de educação para saúde auditiva.

Cabe igualmente divulgar informações sobre higiene auditiva, manutenção de condições respiratórias satisfatórias e proteção contra ruídos. A prevenção de acidentes com comprometimentos de crânio e a exposição descuidada a alterações barométricas também são aspectos a considerar na proteção da audição.

Alberti (1996) refere que há, no mínimo, 120 milhões de indivíduos portadores de deficiência auditiva no mundo. Como medidas preventivas, o autor sugere: aconselhamento genético, severa supervisão de uso de ototóxicos, vacinações periódicas de doenças virais, vacinação contra meningite, controle de ruído e uso apropriado de próteses auriculares. A educação das comunidades e do governo é definida pelo autor mencionado, como pré-requisito essencial para início da implementação de medidas de prevenção.

Como referi, associadas às medidas específicas para a prevenção da deficiência auditiva, as atividades educacionais, com o objetivo de informar e orientar à população são extremamente importantes. No entanto, não se pode esquecer que as condições socioeconômicas desfavoráveis, a desnutrição, as condições inadequadas de habitação,

entre tantas outras, são fatores de interferência negativa em toda e qualquer ação de saúde.

2) Assistência integral à saúde da pessoa portadora de deficiência:

As pessoas portadoras de deficiência podem ser acometidas por doenças e agravos, comuns aos demais e, portanto, também necessitam de outros tipos de serviços, além dos especificamente relacionados com a sua deficiência. Nesse sentido, a assistência à saúde desse grupo da população deve ser assegurada, nos diversos níveis de complexidade da rede de serviços.

Além das vacinas e cuidados básicos, de fundamental importância para a prevenção de doenças que podem deixar deficiências auditivas, como seqüelas, as ações de atenção à saúde destinada às pessoas portadoras de deficiência devem estar inseridas em um sistema amplo, abrangendo a implementação de programas de reabilitação, assim como a modernização de centros de referências visando aumentar a capacidade resolutiva dos serviços prestados em nível ambulatorial a esse grupo populacional.

A Política Nacional de Saúde ressalta que o diagnóstico da deficiência deve incluir a doença, suas causas e o grau de extensão da lesão e também deverão ser mensurados, com precisão, a incapacidade e o comprometimento físico funcional, real ou potencial.

Segundo o Joint Committee on Infant Hearing (JCIH, 1994), de quatro a seis recém-nascidos, em cada 1.000, são portadores de deficiência auditiva. Estudos recentes atestam os benefícios do diagnóstico dessa moléstia e intervenção antes dos seis meses de idade, no desenvolvimento global e de linguagem da criança.

Portanto, a identificação das deficiências auditivas nas maternidades é de fundamental relevância para a saúde auditiva, porque favorece o melhor prognóstico no seu tratamento, tendo em vista que a criança terá a oportunidade de terapêutica no primeiro ano de vida e a privação sensorial não terá o mesmo impacto negativo que o da criança diagnosticada tardiamente. Com efeito, o diagnóstico da deficiência auditiva nos primeiros anos de vida também contribui para a identificação dos fatores etiológicos, auxiliando na adoção de medidas mais efetivas para o controle de perdas auditivas.

Considerando que as órteses e próteses são partes integrantes do processo de reabilitação, seu fornecimento deve estar vinculado ao atendimento de reabilitação, enquanto a prescrição das mesmas deverá obedecer a uma criteriosa avaliação funcional.

A indicação do uso de aparelhos de amplificação sonora é prerrogativa do médico; no entanto, compete ao fonoaudiólogo a realização de avaliação audiológica para a indicação dos tipos de aparelhos e o acompanhamento de pacientes que utilizam próteses, o que reforça a necessidade do fonoaudiólogo na equipe de atendimento aos portadores de deficiência auditiva.

A reabilitação auditiva refere-se ao processo terapêutico fonoaudiológico, visando o desenvolvimento da função auditiva, por meio do uso de aparelho de amplificação sonora individual. Esses aparelhos ou próteses auditivas têm sido utilizados como opção terapêutica primária, para as pessoas portadoras de deficiência auditiva, não passíveis de tratamento clínico ou cirúrgico.

Ao longo dos anos, o aperfeiçoamento da tecnologia possibilitou o desenvolvimento de próteses auditivas mais potentes e eficientes, fazendo com que novas formas de processamento do sinal acústico fossem introduzidas gerando, a cada inovação, a conseqüente melhora na qualidade do som ampliado, principalmente, com a utilização, nesses dispositivos de tecnologia digital, a partir da década de 90. No entanto, o custo desses dispositivos aumentou.

Além do tipo de processamento do sinal utilizado (analógico ou digital), as próteses podem ser classificadas quanto à sua complexidade e flexibilidade em básicas, intermediárias e avançadas:

a) As próteses de tecnologia básica são aquelas em que o processamento do sinal analógico e/ou digital tem possibilidades limitadas de ajustes, permitidas por meio de controles acionados e modificados manualmente com chaves de fenda, em número não superior a quatro; são permitidos os ajustes de características básicas como ganho⁶, saída máxima ou saturação⁷ por meio de circuitos de compressão de entrada ou saída e atenuação de baixas e/ou altas frequências.

b) As próteses de tecnologia intermediária são aquelas que processam o sinal analógico e/ou digital por meio de sistema informatizado (programadores digitais) com

⁶ Ganho é a quantidade do nível de pressão sonora desenvolvido em um aparelho com o volume no máximo.

⁷ Saída máxima ou saturação é o maior nível de pressão sonora que o aparelho é capaz de produzir, independentemente do ganho ou do sinal de entrada. Esse nível não deve ultrapassar o limiar de desconforto do paciente, e deve permitir um sinal claro e audível.

ajustes de, no máximo, três faixas de frequências independentes e com uma ou mais memórias, não sendo considerados “inteligentes”⁸.

c) As próteses de tecnologia avançada são aquelas que processam o sinal de forma digital, com três ou mais faixas de frequências independentes, sendo programadas por meio de sistema informatizado, com possibilidades múltiplas de ajustes e com implementação de algoritmos para a execução de tarefas inteligentes.

O implante coclear constitui procedimento cirúrgico de introdução no ouvido interno de um dispositivo eletrônico, composto por um componente externo que possibilita a digitalização do sinal acústico e sua transformação em estímulos elétricos, organizados de tal forma que possam ser distribuídos para todas as fibras do nervo coclear através de um feixe de eletrodos. Esse dispositivo permite que a via auditiva, mesmo com uma lesão extensa de cóclea, receba suficiente informação acústica da fala para desenvolver e compreender a linguagem oral.

A deficiência e o processo de reabilitação estão relacionados, em todas as fases de evolução da doença, com ações de promoção e de prevenção em vários níveis, realizados por serviços de saúde de vários graus de complexidade, desde o primário até o terciário, conforme preconiza a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. (BRASIL, 1992b).

O campo das ações de reabilitação engloba, desde medidas de promoção e proteção, como aquelas destinadas a evitar deficiência/incapacidade de origem genética e congênita, passando pelo diagnóstico oportuno de problemas potencialmente causadores de deficiência/incapacidade até às consultas dirigidas a limitar a incapacidade e a recompor a funcionalidade orgânica.

Com relação aos portadores de deficiência auditiva, as ações de saúde devem estar voltadas para a prevenção dos fatores causais das deficiências auditivas; a educação e informação da população sobre os cuidados básicos para manutenção da saúde auditiva; a identificação e acompanhamento das patologias de maior ocorrência na população que podem causar deficiência auditiva; assim como o diagnóstico das deficiências auditivas e o tratamento dos diferentes tipos de deficiência auditiva.

⁸ Entende-se por sistema não inteligente aquele que não tem implementado algoritmos para a execução de tarefas inteligentes (baseadas na análise do sinal que atinge o microfone) como: supressor de ruído, eliminação de retroalimentação acústica entre outras.

3) Ampliação dos Mecanismos de Informação:

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência determina o desenvolvimento de mecanismos específicos para a produção de informações no âmbito do SUS que dizem respeito às deficiências e às incapacidades. Em paralelo, define que o SUS, nas três esferas governamentais, deve conferir ênfase ao monitoramento da ocorrência de deficiências e de incapacidades. Nesse sentido, é preciso reverter a atual situação de centralização de dados, de limitação de sua utilização, da demora com que são analisados e com que retornam para o nível local.

As informações de interesse gerencial, extraída do SIA e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), devem permitir análises qualitativas e quantitativas a respeito do diagnóstico da deficiência e do tratamento oferecido, facilitando a localização das pessoas portadoras de deficiências, a sua distribuição geográfica, assim como o volume dos gastos de recursos públicos destinados ao atendimento desse grupo populacional.

4) Organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência.

A atenção à saúde dos portadores de deficiência compreenderá a organização das ações e serviços em, pelo menos, três níveis de complexidade interdependentes e complementares, a saber: atenção básica, atenção ambulatorial especializada e atenção ambulatorial e hospitalar especializada, estendendo-se também, em situações específicas, à assistência domiciliar.

No nível de Atenção Básica, os serviços devem estar capacitados para o desenvolvimento de ações de prevenção primária e secundária de promoção à saúde e de; proteção específica: (a) vacinação contra doenças tais como rubéola, meningite e sarampo; (b) aconselhamento genético; (c) acompanhamento pré-natal; (d) educação em saúde auditiva; (e) uso de equipamentos de segurança e protetor de ruídos em locais de trabalho.

No nível de Média Complexidade, os serviços devem estar qualificados para o diagnóstico: identificação de deficiências auditivas congênitas; identificação de deficiências auditivas adquiridas no primeiro ano de vida e as deficiências auditivas hereditárias e progressivas; identificação de portadores de fatores de risco para a deficiência auditiva, assim como o tratamento imediato: tratamento medicamentoso;

acompanhamento audiológico e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individual.

De acordo com o Joint Committee on Infant Hearing (JCIH, 1994), os seguintes indicadores devem ser analisados:

Para bebês (de 29 dias a dois anos): preocupação dos pais com a audição, fala, linguagem e/ou algum atraso no desenvolvimento; meningite bacteriana e outras infecções associadas com perda auditiva neurosensorial; traumatismo craniano associado com perda de consciência ou fratura craniana; características de síndromes que podem incluir perdas auditivas condutivas e/ou neurosensoriais; otite média recorrente ou persistente, por pelo menos três meses.

- Para crianças que necessitam de monitoramento audiológico periódico (de 29 dias a três anos):

- Indicadores para perdas auditivas neurosensoriais: história familiar de perda auditiva na infância; infecções congênitas, tais como: citomegalovírus, rubéola, sífilis, herpes ou toxoplasmose; neurofibromatose tipo II e distúrbios neuro-degenerativos.
- Indicadores associados com perdas auditivas condutivas: otite média persistente ou recorrente com efusão; deformidades anatômicas e outros distúrbios que afetam a tuba de Eustaquio; distúrbios neuro-degenerativos.

O nível de Alta Complexidade compreende assistência realizada em regime ambulatorial e de internação hospitalar. Os estabelecimentos de saúde deste nível devem estar devidamente capacitados para atender casos de reabilitação que requerem intervenção conforme tipo e grau da deficiência. Nesse sentido, devem estar providos de recursos humanos mais especializados, contando com equipe multiprofissional e interdisciplinar, que considere a globalidade das necessidades do usuário, bem como equipamentos de tecnologia de alta complexidade.

CAPÍTULO II

Sistema de Informação em Saúde

À medida que cresce nossa capacidade de colher, processar e distribuir informações, torna-se ainda maior a necessidade de que sejam desenvolvidas formas de processamento de informações cada vez mais sofisticadas. Além da informatização e automação da maioria dos equipamentos, as Tecnologias de Informação (TI) utilizadas por administradores públicos e privados têm permitido uma revolução nas possibilidades de intercâmbio e integração de informações.

Dentro do leque de instrumentos necessários à gerência eficaz das organizações, a informação pode ser vista como insumo de importância capital. O sistema de informação pode tornar-se um dos principais instrumentos para a gestão das organizações públicas, na medida em que seja adequado para fortalecer o processo de tomada de decisões.

Sem pretender realizar uma discussão aprofundada sobre o conceito “informação”, a definição de Carvalho (1997), parece sintetizar os pontos mais importantes, quando esclarece que: “A informação é uma representação simbólica de fatos ou idéias potencialmente capaz de alterar o estado de conhecimento de alguém (usuário ou destinatário da informação)”.

De acordo com Randolph (1998), Sistema de Informação envolve um conjunto de métodos, facilidades e atividades de processamento de dados, organizado de modo a satisfazer certa demanda dos processos decisórios.

Quanto ao conceito de informação, é muito pertinente refletir sobre a contribuição de Moraes quando assinala que:

Não é preciso que uma dada representação simbólica exerça de fato seu poder alterador de conhecimento sobre uma pessoa para que ela possa ser considerada informação. O que importa, realmente, é a capacidade, o potencial (como uma espécie de energia contida nos símbolos) que a informação tem de cumprir seu papel. Mas só se pode determinar que uma informação é útil e necessária quando se verifica que ela permite apoiar uma ação. Como? Reduzindo a incerteza da ação. (MORAES, 1994, p. 20).

Nesse sentido, informação pode ser considerada basicamente como recurso que representa poder. O “poder em potencial” embutido no dado e que se torna efetivamente informação, quando se torna útil ou necessária para a realização de uma ou mais ações. Portanto, quando se pretende assegurar à informação o seu potencial, é necessário criar

condições para a produção de dados que possam ser incorporados em processos de compreensão, controle e decisão.

A Organização Mundial de Saúde define um Sistema de Informação de serviços de saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação (OMS, 1997).

Conforme Ferrero e Giacomini (apud MORAES, 1994), as operações básicas inerentes aos Sistemas de Informações em Saúde seriam:

a) coleta de dados: que compreende origem e registro dos dados, ordenamento dos documentos da coleta, controle da quantidade e conteúdo, e transmissão;

b) processamento dos dados: que abarca recebimento e controle, codificação, pedido de informação adicional, transcrição, classificação e tabulação, controle de erros e inconsistências, cálculos básicos e apresentação;

c) decisão e controle: que abrange análise preliminar dos dados, comparação com parâmetros, identificação e análise das discrepâncias e opções de decisão.

Segundo essa concepção, o sistema que produz a informação intervém em três grandes setores: onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados. O objetivo é chegar a conclusões sobre o grau de aproximação das atividades executadas com os parâmetros de referência existentes, para que se possam tomar decisões mais apropriadas.

Por outro lado, “informar” pode ser um processo muito mais dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático.

Com efeito, o “recurso informação” pode ser considerado espaço estratégico, no qual podem ser percebidos os diferentes interesses em disputa pela definição das políticas públicas. Conforme seu uso no processo decisório, o “recurso informação” pode ser definido como instrumento a serviço de determinada política, estruturado de modo a atender a determinados interesses e práticas institucionais.

A estrutura da área de saúde em nosso país resultou em um Sistema de Informação em Saúde com características dicotômicas: de um lado, os sistemas com características epidemiológicas e, de outro, os sistemas vinculados à produção de serviços, como por exemplo o Sistema de Informação Ambulatorial.

Essa dicotomia pode ser relacionada aos dois “blocos lógicos” predominantes no aparato estatal vinculado à saúde:

- (1) Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS/INAMPS, que estruturou seus sistemas de informações norteados por uma lógica contábil, quantitativa e centralizadora, elegendo como evento básico de interesse o procedimento médico;
- (2) Ministério da Saúde que organizou seus sistemas de informação movido por uma racionalidade campanhista, criadora de “programas” voltados para determinados agravos ou grupos de risco (MORAES, 1994).

Segundo a mesma autora, se esse desenho simplifica, por um lado, as diferenças existentes em cada um dos “blocos lógicos”, ele favorece, por outro, um melhor entendimento da articulação prevalecente nos Sistemas de Informações em Saúde, uma vez que aponta os determinantes desse recorte: a própria estruturação do setor saúde.

O primeiro esboço de Sistema de Informação em Saúde, articulado nacionalmente sob a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social, com o objetivo de subsidiar o sistema de pagamento das contas hospitalares, foi criado na década de 70: Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares (SNCPCH).

Na década de oitenta, com a constituição do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária – CONASP, foi proposta, entre outras medidas, a implantação de um novo sistema de contas, como base de pagamento da assistência médica, em substituição às Unidades de Serviço, que não permitiam o desejado controle dos pagamentos realizados.

Assim, criou-se novo Sistema de Informação, denominado *Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social* – SAMPMS/AIH, atualmente denominado *Sistema de Informação Hospitalar* - SIH/SUS, que permanece vigente, apesar das inúmeras transformações por que tem passado o sistema de saúde brasileiro ao longo das últimas décadas. O SIH/SUS é a única modalidade de remuneração/financiamento direto, com recursos federais, de internações hospitalares em vigor no país. Além disso, representa a única fonte regular, com amplitude nacional de dados sobre morbidade hospitalar.

Sistema de Informação Ambulatorial - SIA

Com relação aos serviços prestados em nível ambulatorial, até a implantação de um sistema informatizado, efetuava-se o pagamento dos prestadores por meio de Guias de Autorização de Pagamento (GAP) e registravam-se os serviços nos Boletins de Serviços Produzidos (BSP).

Com a evolução do SUS para uma gestão cada vez mais descentralizada, o que implicou a transferência maior de responsabilidade no atendimento à população pelos municípios, sentiu-se necessidade de dispor de um sistema de informações padronizado em nível nacional, que possibilitasse o gerenciamento mais eficaz nas áreas de: finanças, planejamento, controle e avaliação das ações de saúde realizadas nas Unidades Federadas e, ao mesmo tempo, proporcionasse ao gestor federal, acompanhar e avaliar os resultados da Política Nacional de Saúde.

Diante dessa demanda, o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, tema principal deste estudo, foi proposto com a intenção de constituir-se em padrão básico do sistema de informações na área ambulatorial.

Em agosto de 1992, foi concluído o Manual de Especificação Técnica do SIA, contendo a descrição do projeto lógico do Sistema, visando ao desenvolvimento do projeto físico, por parte das Secretarias Estaduais de Saúde, através dos órgãos processadores contratados por convênio específico (BRASIL, 1992a).

O SIA foi implantado pelo Ministério da Saúde em todo o país no final de 1993 (dez anos mais tarde que o SIH). À época, por ser sistema padronizado em âmbito nacional, constituiu-se em elemento fundamental no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde. Seu processamento ocorre de forma descentralizada na esfera estadual ou municipal, conforme o tipo de habilitação na gestão do sistema.

A partir de seu desenvolvimento e implantação, o Sistema de Informações Ambulatoriais vem sendo aprimorado em função das deliberações dos órgãos gestores e, especificamente, em atendimento às Normas Operacionais Básicas do SUS. Entretanto, ainda é um sistema cujos dados não são individualizados, fornecendo basicamente indicadores operacionais. Diante da limitação de dados que subsidiem a análise dos impactos e, em particular, devido à escassez de informações de morbidade e de mortalidade ambulatorial, de procedência do paciente, os dados do sistema são menos utilizados do que os do SIH (LUCAS, 2002).

Numa tentativa de síntese, pode-se dizer que o sistema em tela insere-se no esforço de controlar os recursos financeiros utilizados na área ambulatorial, vinculados à tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS. Estrutura-se segundo a lógica determinada pelos mecanismos de financiamento do setor saúde, cujo objetivo é registrar os atendimentos/procedimentos/tratamentos⁹ realizados em cada estabelecimento de saúde e processar, de forma descentralizada, o faturamento desses estabelecimentos.

Assim, o SIA tem a função precípua de controlar a transferência intergovernamental de recursos financeiros para a atenção ambulatorial, utilizada no pagamento dos prestadores de serviços e gerar dados relativos à produção de serviços de todos os estabelecimentos que integram a rede assistencial do SUS.

O Sistema estrutura-se em um conjunto de seis módulos, a saber: cadastro, orçamento, produção, diferença de pagamento, cálculo para crédito e operador. Esses módulos interagem, compondo a configuração sistêmica para o processamento dos dados. Cada módulo possui finalidades exclusivas, documentos de entradas e de saídas (relatórios) específicos e permite realizar uma série de verificações de consistência, chamadas de críticas simples e cruzadas¹⁰, cujas principais finalidades são: verificar a coerência das informações e os erros no registro das informações, evitando, dessa forma, as cobranças indevidas.

Com a publicação da Portaria MS/SAS nº 511/2001, os registros do SIA e do SIH foram unificados por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. O documento básico desse cadastro é a Ficha de Cadastramento de Estabelecimento de Saúde – FCES que possibilita efetuar o registro de todos os estabelecimentos de saúde prestadores de serviço ao SUS, instituições hospitalares e ambulatoriais não contratados/conveniados com o SUS; pessoas jurídicas, não vinculadas ao SUS, que realizam procedimentos de Hemoterapia, Medicina Nuclear, Patologia Clínica, Radiologia, Radiologia Intervencionista, Radioterapia, Ressonância Magnética, Quimioterapia, Terapia Renal Substitutiva e Tomografia Computadorizada. (BRASIL, 2001c).

O CNES contém informações que possibilitam identificar, especificar e caracterizar a capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde. Dessa forma, torna

⁹ Atendimentos, procedimentos e tratamentos neste estudo, são considerados como sinônimos.

¹⁰ As críticas simples compreendem o cruzamento de informações entre os campos de um mesmo documento com as tabelas do sistema e as cruzadas o cruzamento de informações entre os campos de mais de um documento, também, com as tabelas do sistema.

viável a identificação do nível de hierarquia¹¹ do estabelecimento de saúde, das atividades profissionais e respectivas cargas horárias, dedicadas ao atendimento em regime ambulatorial e hospitalar, assim como os serviços especializados disponíveis nos estabelecimentos de saúde.

Esse cadastro proporciona ainda interface com os sistemas atuais: Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar; Sistema de Informação do Cartão Nacional de Saúde, Sistema de Regulação, Sistema da Programação Pactuada e Integrada; Sistema de Informações da Assistência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Sistema de Informação da Assistência Nacional Suplementar (ANS), Sistema de Informações de Atenção Básica. A integração dos Sistemas referidos permitirá a construção de um novo Sistema de Informação de Atenção à Saúde (SIAS).

O CNES ampliou de forma substancial a captação de novos dados, como por exemplo: o registro de informações sobre as áreas físicas e equipamentos distribuídos no hospital e maior detalhamento dos leitos, por especialidades; e o registro de informações para o cadastramento individual dos profissionais que atuam no âmbito hospitalar. Além disso, permite o cadastro de serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada não vinculada ao SUS (LUCAS, 2002).

Com o advento do CNES, não são mais utilizados os documentos de entrada do módulo Cadastro do SIA como a Ficha de Cadastro Ambulatorial (FCA), Ficha Cadastral de Mantenedora (FCM) e Ficha de Cadastro Complementar: FCA/Complementar em atendimento em diálise (FCA/D) e oncologia (FCA/Onco).

O cadastro do SIA contém dados que identificam, especificam e caracterizam a capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde. Dessa forma, propicia condições de identificar o nível de hierarquia¹² do estabelecimento de saúde, as atividades profissionais e suas respectivas cargas horárias, dedicadas ao atendimento em regime ambulatorial e os serviços especializados ofertados pelos estabelecimentos de saúde.

No Módulo Cadastro, encontram-se todas as tabelas utilizadas pelo sistema, objetivando a execução da análise de diversas consistências (críticas) no momento do processamento das informações. Essas tabelas estão divididas em locais e nacionais¹³.

¹¹ Nível de Hierarquia – identifica o grau de complexidade do estabelecimento de saúde. Os níveis de hierarquia de 01 a 04 correspondem aos estabelecimentos exclusivamente ambulatoriais; os níveis de hierarquia de 05 a 08 correspondem aos ambulatorios vinculados a hospitais.

¹² Nível de Hierarquia – identifica o grau de complexidade do estabelecimento de saúde. Os níveis de hierarquia de 01 a 04 correspondem aos estabelecimentos exclusivamente ambulatoriais; os níveis de hierarquia de 05 a 08 correspondem aos ambulatorios vinculados a hospitais.

¹³ Tabelas do SIA: Locais: distrito sanitário, região de saúde, agência bancária e município; Nacionais: administrativas; atividade profissional; CID 10 e CID M10; faixa etária; fluxo de atendimento; grupo de

As primeiras são de responsabilidade dos gestores locais e as últimas situam-se na esfera do Ministério da Saúde. Entre as nacionais, destaca-se a Tabela de Procedimentos do SIA que define um código específico para cada procedimento e descreve seus atributos¹⁴. Essa tabela é constituída por procedimentos de atenção básica, procedimentos especializados (média complexidade) e de alta complexidade. Por sua vez, os procedimentos estão distribuídos por grupos, subgrupo e nível de organização.

A estrutura de codificação da Tabela de Procedimentos do SIA está organizada dentro de uma seqüência lógica que permite identificar atendimentos, procedimentos e tratamentos realizados em cada estabelecimento que integra a rede do SUS. Sua estrutura constitui-se de um código de oito dígitos: o primeiro e segundo identificam o grupo a que pertencem os procedimentos; o terceiro e o quarto indicam o subgrupo a que pertencem os procedimentos; o quinto informa o nível de organização onde se insere o procedimento; o sexto e sétimo identificam o procedimento propriamente dito e finalmente, o oitavo constitui o dígito verificador (BRASIL, 1999e).

É importante esclarecer que o grupo congrega os procedimentos de determinada área de atuação, de acordo com a natureza das ações (por exemplo: grupo das diagnoses, grupo de patologia clínica, grupo de terapias), o subgrupo agrega os procedimentos por tipo de área de atuação (por exemplo: subgrupo das diagnoses em oftalmologia, em cardiologia, em ginecologia) e o nível de organização dos procedimentos agrupa-os por diferentes critérios, tais como: nível de complexidade do procedimento; área anatômica, por diferentes órgãos ou sistemas do corpo humano.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) incluiu na Tabela de Procedimentos do SIA, procedimentos de média complexidade, no elenco de procedimentos de atenção básica, classificando-os como procedimentos de atenção básica ampliada (PABA), ao mesmo tempo em que definiu o elenco de procedimentos de média complexidade de 1º nível de referência, M1. Além disso, contemplou os procedimentos de média complexidade de 2º (M2) e de 3º (M3) nível de referência (BRASIL, 2002b).

Na Tabela de Procedimentos do SIA, em vigor, os procedimentos considerados de atenção básica e de atenção básica ampliada, estão distribuídos nos grupos

atendimento; motivo de cobrança; municípios; numeração de APAC; nível de hierarquia; nacionalidade; procedimentos; serviço e classificação de serviço; tipo de estabelecimento de saúde/unidades; tipo de prestador; tipo de atendimento BPA; tipo de atendimento APAC.

¹⁴ Atributos da tabela de procedimentos dos SIA: valor do procedimento, nível de hierarquia, atividade profissional, serviço/classificação, tipo de prestador, tipo de atendimento, grupo de atendimento, faixa etária, CID 10, complexidade e financiamento (BRASIL, 2003b)

compreendidos entre 01 e 06; os procedimentos definidos como de média complexidade, de 1º, 2º e 3º nível de referência (M1, M2 e M3) estão distribuídos nos grupos compreendidos entre 07 e 25 e finalmente, aqueles referentes à alta complexidade estão inseridos nos grupos compreendidos entre 26 e 40. (BRASIL, 2003b).

Na atual Tabela de Procedimentos do SIA, o atendimento às pessoas portadoras de deficiência auditiva, relacionada no anexo I da Portaria MS/SAS nº 432, está inserido no Grupo 38: Acompanhamento de Paciente; no Subgrupo 03: Acompanhamento e Avaliação de Paciente com Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral com ou sem Aparelho de Amplificação Sonora Individual; e distribuídos nos seguintes Níveis de Organização: 1 – Consulta; 2 – - Exames Audiológicos; 3 – Seleção de Modelos; 4 – Próteses; 5 – Reposição de Prótese; 6 – Terapias (Fonoterapias).

O módulo Orçamento possibilita aos gestores efetuar o registro da programação física e orçamentária de cada estabelecimento de saúde, de acordo com os critérios definidos na Programação Pactuada Integrada. No momento de efetuar a programação, cumpre aos gestores observar os parâmetros de cobertura, concentração e produtividade; grau de complexidade da rede, capacidade dos estabelecimentos de saúde; sistema de referência e contra referência; perfil epidemiológico, população a ser atendida e o teto financeiro.

Este módulo tem como documento básico a Ficha de Programação Física Orçamentária – FPO e os gestores podem efetuar a programação pelos diversos níveis de apuração¹⁵ para efeito de faturamento, a saber: grupo, subgrupo, nível de organização ou procedimento. O nível de apuração:

- (a) *por grupo*: permite utilizar eventual saldo orçamentário de um grupo de procedimentos e distribuí-los entre os procedimentos do mesmo grupo, para aprovar a produção excedente à meta física programada;
- (b) *por subgrupo*: permite utilizar eventual saldo orçamentário de um subgrupo de procedimentos e distribuí-los entre os procedimentos do mesmo subgrupo, para aprovar a produção excedente à meta física programada;
- (c) *por nível de organização*: permite utilizar eventual saldo orçamentário de um nível de organização de procedimentos e

¹⁵ Nível de Apuração: é o campo da FPO destinado a informar, ao sistema, o nível de apuração física/orçamentária que cada gestor determinou para cada estabelecimento de saúde. Permite o remanejamento de eventual saldo orçamentário.

distribuí-los entre os procedimentos do mesmo nível de organização, para aprovar a produção excedente à meta física programada e

- (d) *por procedimento* em que não é possível a utilização de eventual saldo financeiro.

Assim organizado, o SIA contribui para que os gestores efetuem a programação física orçamentária para cada estabelecimento de saúde, utilizando as diversas modalidades de níveis de apuração, embora a programação elaborada por procedimento, impeça o remanejamento de saldos orçamentários.

O SIA apresenta magnitude de processamento, que, em geral, atinge a cifra de bilhões de processamentos por mês. Essa peculiaridade explica, em parte, o consolidado mensal da produção ambulatorial que representa o conjunto de atendimentos realizados, por estabelecimento de saúde credenciado para atendimento no SUS.

O módulo Produção permite ao sistema, apurar e consolidar a produção ambulatorial, dos estabelecimentos de saúde registradas no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA/Formulário ou BPA/Magnético), assim como na Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC-II/Meio Magnético).

O BPA destina-se ao registro dos procedimentos realizados pelos estabelecimentos de saúde e especifica os quantitativos de atendimentos, bem como a atividade do profissional que realizou o procedimento e o tipo de atendimento realizado. Com essa configuração, possibilita às instituições credenciadas pelo SUS, fornecer de modo agregado, o volume de serviços realizados nesses estabelecimentos, por mês de competência.

Tanto o BPA/Magnético, quanto o APAC/Magnético estão disponíveis, mensalmente, na BBS/Internet, com as versões atualizadas dos programas, para todos os estabelecimentos de saúde que integram a rede assistencial do SUS, no âmbito ambulatorial. As informações registradas nesses programas são importadas pelo módulo de produção e, posteriormente, realizam-se as verificações de consistências, pelo VERSIA¹⁶. <www.saude.gov.br>

O módulo Diferença de Pagamento permite ajustar o pagamento dos prestadores, quando ocorrerem erros nos registros das informações de produção, cadastro ou

¹⁶ VERSIA: aplicativo que está disponível, mensalmente, pelo DATASUS/MS, de uso obrigatório pelos gestores, com funções de reconstituir todas as consistências do sistema, e de garantir que as informações sejam geradas em padrão nacional.

programação, detectados por meio de revisão técnica administrativa. Tal ajuste é efetuado por meio do documento Boletim de Diferença de Pagamento – BDP.

Por se tratar de documento que não gera informações para o Banco de Dados Nacional do SIA, deverá ser utilizado de forma criteriosa pelos gestores. O sistema possibilita a realização de ajustes, referentes a procedimentos realizados em até quatro meses anteriores ao mês de competência do processamento, por exemplo: se o erro ocorreu no mês de agosto de 2003, o gestor poderia efetuar o ajuste, pelo sistema, somente até o mês de competência dezembro de 2003.

Através do Módulo Crédito, executam-se as funções de liberação e efetivação de créditos devidos aos prestadores de serviços. Esse módulo leva a efeito as funções que produzem os valores para o pagamento dos prestadores; o cálculo é efetuado com base na produção ambulatorial realizada pelos estabelecimentos de saúde, programação física orçamentária desses estabelecimentos e nos valores da Tabela de Procedimentos do SIA/SUS.

Finalmente, o Módulo Operador compreende as atividades relacionadas às rotinas de segurança e de restauração de arquivos do sistema que estão direcionadas aos usuários que operam o SIA.

Nos últimos anos, o SIA tem sido atualizado, visando ao seu aprimoramento. Nesse processo, merece destaque: a implantação da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC-SIA/SUS. (BRASIL, 1996).

Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC-SIA

O Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo, genericamente conhecido como Sistema APAC-SIA, possibilita o registro individualizado dos atendimentos e procedimentos considerados pelo Ministério da Saúde de média e de alta complexidade/custo. O subsistema possui como chave para a identificação dos usuários, o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF)¹⁷, embora esse critério gere algumas dificuldades para o seu registro, pois nem todos os usuários do SUS possuem CPF.

¹⁷ CPF – Cabe esclarecer que os usuários que não possuem CPF, são atendidos, normalmente, no sistema e identificados nominalmente, porém, pode ocorrer o risco de homônimos.

O subsistema de APAC-SIA foi implantado em 1996, inicialmente para o registro dos atendimentos e procedimentos de Terapia Renal Substitutiva – TRS; posteriormente, para o registro dos atendimentos de Oncologia (quimioterapia e radioterapia) e registro de fornecimento de medicamentos. Na atualidade, a maioria dos procedimentos considerados pelo Ministério da Saúde como de média e de alta complexidade é registrada no subsistema de APAC-SIA (BRASIL, 2001b).

Atualmente, o SIA utiliza o subsistema de APAC-SIA para registro de 770 procedimentos, possibilitando a obtenção de informações, tais como: procedência, idade, sexo, tipos de atendimentos, causa da doença, bem como a frequência e os recursos destinados a cada estabelecimento de saúde que integra a rede assistencial do SUS. As informações podem ser agregadas por município e/ou por Estado.

O subsistema de APAC-SIA é um banco de dados do tipo relacional, composto por um conjunto de tabelas que viabilizam o controle administrativo da produção ambulatorial. Este banco armazena dados sobre produção e cadastro de pacientes e de estabelecimentos de saúde autorizados a realizar procedimentos de média e de alta complexidade.

Um banco de dados relacional deve ser projetado de tal forma que não haja duplicidade de registros, pois, cada uma das tabelas deve armazenar um conjunto específico de dados. Essa forma de arquivamento otimiza a recuperação e a manutenção (inclusão, alteração e exclusão) dos registros. A comunicação entre as tabelas é feita por meio de uma chave de relacionamento, resultante da combinação de uma ou mais variáveis para a formação de um identificador único.

O subsistema de APAC-SIA é composto por dez tabelas, geradas mensalmente pelo DATASUS, descritas a seguir:

1. Produção de procedimentos de alta complexidade, composta por vinte variáveis, que abrangem os procedimentos administrativos envolvidos para a emissão do laudo de APAC, cujos dados são armazenados no arquivo ACUFAAMM.DBF¹⁸;
2. Cobrança dos procedimentos de alta complexidade, composta por quatorze variáveis que tratam do faturamento dos procedimentos

¹⁸ ACUFAAMM.DBF: as duas primeiras letras identificam o tipo de procedimento: AC (alta complexidade); CO (cobrança); EX (exames); OP (órtese e prótese); PC (produção complementar); PF (produção farmacêutica); PQ (produção de Quimioterapia); PR (produção de radioterapia); UD (Unidade de diálise); UO (unidade de oncologia), e as demais letras referem-se respectivamente a: UF (Unidade da Federação); AA (ano); MM (Mês); DBF (extensão do arquivo).

apresentados pelos estabelecimentos de saúde, cujos dados são armazenados no arquivo COUFAAMM.DBF;

3. Produção de exames em terapia renal substitutiva - TRS, composta por treze variáveis, que congregam os resultados dos exames realizados em pacientes de TRS, cujos dados são armazenados no arquivo EXUFAAMM.DBF;
4. Produção de órtese e prótese, composta por dezessete variáveis que contêm dados relativos à identificação dos pacientes que necessitam do uso de órtese ou prótese, cujos dados são armazenados no arquivo OPUFAAMM.DBF;
5. Produção de terapia renal substitutiva sem assistência farmacêutica, composta por vinte e uma variáveis referentes aos dados de identificação dos pacientes em TRS e que não necessitam de assistência farmacêutica complementar. Seus dados estão armazenados no arquivo PCUFAAMM.DBF;
6. Produção de terapia renal substitutiva, com assistência farmacêutica, composta por vinte e uma variáveis que compreendem os dados de identificação dos pacientes em TRS e que necessitam de assistência farmacêutica complementar. Esses dados estão armazenados no arquivo PFUFAAMM.DBF;
7. Produção de quimioterapia, composta por vinte e uma variáveis que se referem à identificação dos pacientes em tratamento de quimioterapia, cujos dados são armazenados no arquivo PQUFAAMM.DBF;
8. Produção de radioterapia, composta por vinte e cinco variáveis que abrangem a identificação dos pacientes em tratamento de radioterapia, cujos dados são armazenados no arquivo PRUFAAMM.DBF;
9. Cadastro complementar de unidade prestadora de serviço (UPS) de diálise, composta por sessenta e cinco variáveis que tratam dos dados de complementação cadastral dos estabelecimentos de saúde que realizam TRS. Esses dados estão armazenados no arquivo UDUFAAMM.DBF;

10. Cadastro complementar de UPS de oncologia, composta por sessenta e cinco variáveis relativas à complementação cadastral das UPS de oncologia. Esses dados estão armazenados no arquivo UQUFAAMM.DBF;

Essas tabelas estão disponíveis, mensalmente, na forma de um arquivo compactado, cujo acesso pode ser feito tanto por mídia eletrônica (CD-ROM) quanto diretamente no endereço eletrônico do órgão ([ftp://msbbs.datasus.gov.br/arquivos públicos/](ftp://msbbs.datasus.gov.br/arquivos_p%C3%BAblicos/)).

Como se pode depreender do exposto, o subsistema de APAC-SIA trouxe significativas mudanças no registro das informações sobre as ações de saúde, referentes ao registro dos atendimentos de média e de alta complexidade/custo.

Essas mudanças remetem diretamente ao nosso objeto que foi o de estudar o processo de registro dos atendimentos destinados às pessoas portadoras de deficiência auditiva, nesse subsistema, no ano de 2002.

O Subsistema de APAC-SIA integra o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde e é de caráter relevante na operacionalização dos procedimentos ambulatoriais. Compõe-se de dois instrumentos: um denominado de APAC - I/Formulário e outro de APAC-II/Meio Magnético. Quando utilizados corretamente, esses instrumentos permitem o registro de informações referentes aos atendimentos realizados para cada indivíduo.

Segundo a Portaria MS/SAS nº 432/00, a APAC - I/Formulário é o:

documento destinado a autorizar a realização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo, devendo ser preenchida em duas vias pelos autorizadores. A 2ª via ficará arquivada na Unidade Prestadora de Serviço – UPS, onde será realizado o procedimento e a 1ª via arquivada no órgão autorizador. (BRASIL, 2000).

A APAC- I/Formulário, documento central do subsistema, cumpre múltiplas funções: (a) autorizar a realização de procedimentos ambulatoriais de média e de alta complexidade/custo; (b) identificar o usuário e os atendimentos a eles prestados e, (c) repassar recursos para os estabelecimentos de saúde vinculados, ao SUS que realizam esses tipos de procedimentos.

Ao longo dos seus oito anos de existência, ocorreram pequenas alterações no documento APAC - I/Formulário. Esse formulário possui um número pré-impresso seqüencial, composto de onze dígitos, que constitui a série numérica das APAC. A

APAC - I/Formulário tem validade de três competências e seus principais tipos são: 1 - Inicial, 2 – Continuidade e 3 - Única¹⁹.

Para a emissão da APAC - I/Formulário, utiliza-se outro documento do subsistema, denominado *Laudo Médico para Emissão de APAC*, que justifica a solicitação de APAC para a realização de procedimentos de média e de alta complexidade/custo, em ambulatorios integrantes do SUS, perante o órgão autorizador. A emissão de uma APAC depende de um laudo médico e de um órgão autorizador.

De acordo com a Portaria MS/ SAS nº 492 de 1999, as secretarias estaduais de Saúde são responsáveis pela confecção e distribuição das APAC - I/Formulário. Os gestores estaduais devem fazer a previsão do quantitativo de APAC necessário para atender sua demanda, confeccionar e distribuí-las para todos os órgãos autorizadores estaduais e municipais. (BRASIL,1999c).

Os órgãos autorizadores são designados pelos gestores estaduais e municipais, de acordo com a sua condição de gestão do sistema e os profissionais representantes desses órgãos devem ser profissionais de nível superior da área de saúde, devidamente treinados e não vinculados à rede do SUS.

APAC-II/Meio Magnético é o instrumento que permite armazenar as informações contidas na APAC - I/Formulário e nos Laudos Médicos, assim como efetuar a cobrança dos procedimentos que necessitam de autorização. É constituído de quatro módulos: APAC, Relatório, Exportação e Operador.

O Módulo APAC - está composto de três telas. A Tela 1, denominada de *Identificação da Unidade/APAC*, possibilita o registro de informações, tais como: número da APAC; código, nome e razão social do estabelecimento de saúde; código do procedimento autorizado; data de início e de fim de validade da APAC e códigos dos tipos de APAC (1- inicial, 2- continuidade, 3- única)

A Tela 2 da APAC-II/Meio Magnético, intitulada *Identificação do Paciente* permite o registro das seguintes informações: nome e número do CPF do paciente; nome da mãe; endereço completo do paciente; data de nascimento; naturalidade; sexo, assim como o registro de informações relacionadas ao tratamento realizado.

Na Tela 3, intitulada de *Cobrança de Serviços* são registradas as informações referentes aos códigos dos procedimentos previamente autorizados (chamados de principal) e os códigos dos procedimentos compatíveis com os procedimentos principais

¹⁹ Inicial abrange o período a partir da data de início de validade da APAC - I/Formulário, até o último dia do mesmo mês; Continuidade – abrange o período correspondente ao 2º e 3º mês subsequentes a APAC inicial; Única – abrange o período compreendido entre a data de início e fim de validade da APAC - I/Formulário e a cobrança dos procedimentos deve ser efetuada neste período.

(chamados de secundários). Além disso, registram-se também, o código da atividade profissional que realizou o procedimento, o quantitativo de procedimentos realizados, o código do motivo de cobrança²⁰ e a data de alta, obrigatória para os seguintes códigos de cobrança: em caso de alta, óbito, transferência para outro estabelecimento de saúde e mudança de procedimento. Nessa tela registra-se ainda, nome e número do CPF do médico responsável pelo tratamento do paciente.

Os procedimentos principais necessitam de autorização prévia; portanto, dependem da emissão da APAC - I/Formulário para ser registrado na tela 3 do instrumento APAC - II/Meio Magnético. No entanto, os procedimentos secundários não necessitam de autorização prévia. São registrados na tela 3, junto com o procedimento principal, de acordo com as compatibilidades e conforme as quantidades máximas permitidas.

O Módulo Relatório possibilita ao sistema emitir relatórios das APAC digitadas no meio magnético. Esse módulo contém opções para a emissão de relatório de uma única APAC ou de todas as APAC digitadas no estabelecimento de saúde.

O Módulo Exportação viabiliza a exportação dos dados das APAC digitadas para um arquivo, deixando-o preparado para a entrada no sistema SIA, conforme anteriormente relatado, por meio do módulo de Produção. Por medida de segurança, o sistema possibilita a execução de uma rotina de backup de arquivos antes que seja efetuada a exportação.

O Módulo Operador é destinado às atividades rotineiras do usuário que estiver operando o subsistema de APAC. Neste módulo, estão as rotinas de segurança e de restauração de arquivos.

O subsistema de APAC-SIA/SUS propicia os meios necessários para a criação de um importante Banco de Dados, em nível nacional, que possibilita a identificação do paciente e todos os atendimentos, procedimentos e tratamentos a eles realizados, dos recursos utilizados nessa assistência e a geração de relatórios que auxiliam os gestores no desenvolvimento de suas atividades de controle e avaliação. Esse banco de dados, atualmente está sendo reconstruído pelos técnicos do DATASUS.

²⁰Tabela de Código de Motivo de Cobranças – refere-se aos códigos que permitem ao sistema identificar o motivo de cobrança dos procedimentos realizados em cada indivíduo pelos estabelecimentos de saúde.

CAPÍTULO III

Atendimento às Pessoas Portadoras de Deficiência Auditiva, no Brasil

Neste capítulo analiso informações relacionadas ao atendimento às pessoas portadoras de deficiência auditiva, provenientes do subsistema de APAC-SIA e da produção ambulatorial dos estabelecimentos de saúde cadastrados no SUS, que constam do Banco de Dados Nacional do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS. Consultei o subsistema APAC-SIA, para conhecer o total de pessoas atendidas no SUS. Todas as informações são referentes ao ano de 2002.

Nos últimos anos, observam-se significativos avanços no que se refere ao acesso e às possibilidades de análise das bases de dados, provenientes dos diversos Sistemas de Informações em Saúde existentes no Brasil. Eles possibilitam a realização de estudos na área de controle e avaliação dos serviços prestados à população pelo SUS (CAMPOS et al., 2000).

O atendimento ao portador de deficiência auditiva no SUS, deveria iniciar em uma unidade de saúde da rede básica, onde o profissional de saúde detectaria algum problema de audição, por meio de testes simplificados. Quando não é possível resolver os problemas de audição nessa unidade, os pacientes devem ser encaminhados aos serviços de atendimento em média complexidade. Este serviço deveria estar capacitado para efetuar o diagnóstico e a reabilitação da deficiência auditiva; ou seja, possuir equipamentos atualizados e profissionais qualificados para o atendimento.

Caso sejam crianças até três anos de idade e pacientes com afecções associadas, (neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, lesão labiopalatal, cegueira, visão subnormal), deverão ser encaminhados diretamente da rede básica para um serviço com atendimento de alta complexidade.

Quando o serviço de média complexidade não conseguir diagnosticar ou resolver o problema de audição do usuário, este deverá ser encaminhado para o serviço com atendimento de alta complexidade. Havendo necessidade de implante coclear, o usuário deverá ser encaminhado para o atendimento em regime de internação hospitalar nos Centros de Referências.

Entretanto, em 2004, o atendimento das pessoas portadoras de deficiência auditiva ainda não está organizado na rede de serviços e apenas os de alta complexidade atendem esses usuários. A Portaria MS/SAS nº 432 de 2000 incluiu os procedimentos

destinados ao atendimento desse grupo populacional, no subsistema de APAC-SIA, que até então, eram efetuados em regime de internação hospitalar. Além disso, ampliou o universo de tipos de aparelhos de amplificação sonora individual fundamental para esse grupo da população, assim como incluiu na tabela de serviço e de classificação de serviço do SIA/SUS o código: 27 (serviço de diagnose/terapia em otorrinolaringologia) e sua classificação de código 114. (BRASIL, 2000).

Pessoas portadoras de deficiência auditiva

A partir das informações do Censo 2000, realizado pelo IBGE, estima-se o número de pessoas portadoras de deficiência auditiva por região e unidades federadas do país (Quadros 01 e 02). Considerando os dados censitários, população com deficiências (14,5% da população total); população com deficiência auditiva (16,7% da população com deficiências).

Quadro 1 - População total e estimativa de número de pessoas portadoras de deficiências e de pessoas portadoras de deficiências auditivas, por regiões, Brasil, 2002.

<i>Região</i>	<i>População Total</i>	<i>População com Deficiências</i>	<i>População com Deficiência Auditiva</i>
	N	N	N
Norte	12.900.704	1.870.602	312.391
Nordeste	47.741.711	6.922.548	1.156.066
Centro Oeste	11.636.728	1.687.326	281.783
Sudeste	72.412.411	10.499.800	1.753.467
Sul	25.107.616	3.640.604	607.981
Brasil	169.799.170	24.620.880	4.111.688

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000

Quadro 2 - Estimativas do número de pessoas portadoras de deficiências auditivas, por região e estados, Brasil, 2002.

<i>Região</i>	<i>Estado</i>	<i>N</i>
Norte	Pará	149.947
	Amapá	68.106
	Acre	33.412
	Tocantins	28.019
	Roraima	13.500
	Amazonas	11.551
	Rondônia	7.855
Nordeste	Bahia	316.496
	Pernambuco	191.743
	Ceará	179.933
	Maranhão	136.850
	Paraíba	83.392
	Piauí	68.850
	Alagoas	68.350
	Rio G. do Norte	67.240
	Sergipe	43.211
Centro Oeste	Goiás	121.153
	Mato Grosso	60.643
	Mato G. do Sul	50.319
	Distrito Federal	49.669
Sudeste	São Paulo	896.740
	Minas Gerais	433.243
	Rio de Janeiro	348.485
	Espírito Santo	74.999
Sul	Rio G.do Sul	246.698
	Paraná	231.579
	Santa Catarina	129.704
Total		4.111.688

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000

Procedimentos

A Portaria MS/SAS nº 432, em seu anexo I, relaciona todos os procedimentos de atenção às pessoas portadoras de deficiência auditiva. Esse documento determina que, para atendimento desse grupo populacional, os estabelecimentos de saúde integrantes do SUS têm que possuir o serviço de diagnose/terapia em otorrinolaringologia.

Até hoje, somente os estabelecimentos de saúde que realizam atendimento em alta complexidade foram cadastrados no sistema, em virtude da exigência do equipamento para a realização dos testes evocados de tronco cerebral (BERA). A maioria dos prestadores considera que os aparelhos utilizados para os exames de emissões otoacústicas têm custo mais baixo e cumprem bem essa finalidade, principalmente em pessoas acima de três anos.

Atualmente, para que a pessoa portadora de deficiência auditiva receba atendimento, é necessário que a mesma se dirija a um estabelecimento de saúde integrante da rede SUS, com serviço de diagnose/terapia em otorrinolaringologia. Nesse estabelecimento, o paciente é examinado pelo otorrinolaringologista, que identifica se o paciente necessita de um dos procedimentos relacionados na Portaria MS/SAS nº 432. Em caso positivo, emite um laudo para solicitar APAC de deficiência auditiva. O paciente ou seu responsável é encaminhado ao órgão autorizador, juntamente com as duas vias do laudo, solicitando APAC de deficiência auditiva, ou essa solicitação pode ser realizada pelo próprio estabelecimento de saúde ao órgão autorizador.

Caso o laudo esteja corretamente preenchido e se a solicitação proceder, o autorizador emite a APAC-I/Formulário em duas vias, indicando em qual estabelecimento de saúde o paciente realizará o procedimento, assim como o período de validade da APAC. A primeira via do laudo, juntamente com a primeira via da APAC-I/Formulário fica arquivada no órgão autorizador, para fins de auditoria. O paciente é encaminhado junto com a segunda via de ambos os documentos para o estabelecimento de saúde no qual será realizado o procedimento.

Havendo necessidade de que o paciente continue o tratamento, após o período de validade da APAC, deverá ser preenchido e encaminhado novo laudo ao órgão autorizador, solicitando nova APAC-I/Formulário e justificando a necessidade da continuidade do tratamento. A cada três meses de competência, deverá ser solicitada nova APAC, para dar continuidade ao tratamento.

Registro dos Procedimentos

Com o advento da Portaria MS/SAS nº 432/00, o registro dos atendimentos destinados às pessoas portadoras de deficiência auditiva passaram a ser operacionalizados pelo Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC). Portanto, todos os procedimentos autorizados e realizados nos pacientes pelos estabelecimentos de saúde integrantes da rede SUS são digitados no programa APAC-II/Meio Magnético, Telas 1, 2 e 3. Após a digitação de todas as APAC, os estabelecimentos de saúde encaminham os dados referentes à sua produção para as secretarias de saúde estaduais ou municipais, para processamento no SIA.

Após o processamento da produção ambulatorial no SIA, os órgãos das secretarias de saúde encaminham as informações para o DATASUS alimentar o Banco de Dados Nacional do SIA: TABSIA, TABWIM e APAC-SIA, assim como a relação de créditos para que o Banco do Brasil efetue o pagamento dos prestadores.

Dessa forma, o Banco de Dados Nacional do SIA deveria conter informações que possibilitassem análises qualitativas e quantitativas a respeito do diagnóstico da deficiência auditiva e do tratamento oferecido, caracterização do perfil dessa clientela, localização e sua distribuição, bem como os gastos de recursos públicos, conforme preconiza a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.

No entanto, as informações contidas nos laudos restringem-se ao CID e à justificativa manuscrita pelo médico o que pode e o que não pode ser usado, restringindo-se ao CID.

Os dados disponíveis referem-se aos procedimentos realizados no atendimento às pessoas com problemas de audição registrados no subsistema de APAC, especificamente consultas, exames, seleção de modelos de aparelhos de amplificação sonora individual (AASI), fornecimento desses aparelhos e gastos realizados.

No Quadro 03, observamos que 45.885 pessoas receberam atendimento relativo à deficiência auditiva no SUS, representando cobertura de 1,12% do total de portadores de deficiência auditiva estimados.

Quadro 3 - Cobertura de atendimento as pessoas portadoras de deficiências auditivas, por região e estados, Brasil, 2002

Região	Estado	Estimativas de Pessoas Portadoras de Deficiência Auditiva	Pessoas Atendidas	
			N	%
Norte	Pará	149.947	—	—
	Amapá	68.106	—	—
	Acre	33.412	—	—
	Tocantins	28.019	—	—
	Roraima	13.500	—	—
	Amazonas	11.551	—	—
	Rondônia	7.855	4.902	62,41
Subtotal Região. Norte		312.391	4.902	1,57
Nordeste	Bahia	316.496	173	0,05
	Pernambuco	191.743	497	0,26
	Ceará	179.933	2.080	1,16
	Maranhão	136.850	—	—
	Paraíba	83.392	—	—
	Piauí	68.850	509	0,27
	Alagoas	68.350	135	0,07
	Rio G. Norte	67.240	94	0,14
Sergipe	43.211	—	—	
Subtotal Região. Nordeste		1.156.066	3.664	0,32
Centro Oeste	Goiás	121.153	—	—
	Mato Grosso	60.643	172	0,28
	Mato G. Sul	50.319	1.214	2,41
	Distrito Federal	49.669	65	0,13
Subtotal Região Centro Oeste		281.783	1.451	0,51
Sudeste	São Paulo	896.740	23.103	2,58
	Minas Gerais	433.243	—	—
	Rio de Janeiro	348.485	—	—
	Espírito Santo	74.999	—	—
Subtotal Região Sudeste		1.753.467	23.103	1,32
Sul	Rio G.do Sul	246.698	186	0,08
	Paraná	231.579	12.579	5,43
	Santa Catarina	129.704	—	—
Subtotal Região Sul		607.981	12.765	2,10
Total		4.111.688	45.885	1,12

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000: MS/DATASUS-APAC/SIA/SUS, 2002.

Obs: Parâmetros Fornecidos pelo IBGE.

A cobertura do atendimento às pessoas portadoras de deficiência auditiva, por macro região do País foi, em ordem decrescente: Região Sul (2,10%), Norte (1,57%), Sudeste (1,32%), Centro Oeste (0,51%) e Nordeste (0,32%). Observamos baixa cobertura em todos os estados, com exceção de Rondônia, na Região Norte, que apresenta uma cobertura de 62,41%.

Para o atendimento das pessoas portadoras de deficiência auditiva, há 71 estabelecimentos de saúde cadastrados no SUS, distribuídos por estados e nas macros regiões conforme apresentado na Tabela 01 e Quadro 04.

Tabela 1 - Número de estabelecimentos de saúde cadastrados, no SUS, para o atendimento as pessoas portadoras de deficiência auditiva, por região e estados, Brasil, 2002

<i>Região</i>	<i>Estado</i>	<i>Estimativa de</i>	
		<i>Pessoas</i>	<i>Estabelecimento de</i>
		<i>Portadoras de</i>	<i>Saúde</i>
		<i>Deficiência</i>	
		<i>Auditiva</i>	
		N	N
Norte	Pará	149.947	01
	Amapá	68.106	—
	Acre	33.412	01
	Tocantins	28.019	—
	Rondônia	13.500	04
	Amazonas	11.551	—
Nordeste	Roraima	7.855	—
	Bahia	316.496	02
	Pernambuco	191.743	01
	Ceará	179.933	06
	Maranhão	136.850	03
	Paraíba	83.392	—
	Piauí	68.850	01
	Alagoas	68.350	01
	Rio G. Norte	67.240	01
	Sergipe	43.211	—
Centro Oeste	Goiás	121.153	—
	Mato Grosso	60.643	01
	Mato G. Sul	50.319	02
	Distrito Federal	49.669	01
	Sudeste	São Paulo	896.740
Minas Gerais		433.243	—
Rio de Janeiro		348.485	—
Espírito Santo		74.999	—
Sul	Rio G.do Sul	246.698	01
	Paraná	231.579	15
	Santa Catarina	129.704	03
Total		4.111.688	71

Fonte: MS/DATASUS – SIA/SUS, 2002

Segundo os dados supramencionados, é evidente que, mais da metade (46) dos estabelecimentos de saúde cadastrados no Brasil, encontram-se na Região Sul e Sudeste, sendo 27, somente no estado de São Paulo. Na Região Nordeste, há 15 estabelecimentos para atender a uma população estimada de 1.150.066 pessoas portadoras de deficiência auditiva, enquanto que, no Paraná, com o mesmo número de estabelecimentos, há uma estimativa de 231.579 pessoas portadoras de deficiência (Quadro 02). Esses dados refletem as desigualdades existentes na oferta dos serviços de saúde, nas diferentes regiões do Brasil.

Apresentamos no quadro 04 a média de atendimento das pessoas portadoras de deficiência auditiva por estabelecimento de saúde.

Quadro 4 - Número de atendimentos as pessoas portadoras de deficiência auditiva por estabelecimentos de saúde cadastrados no SUS, por regiões, Brasil, 2002.

Região	Estabelecimento de Saúde	Pessoas Atendidas	Estimativa de Portadoras de Deficiência Auditiva	Atendimento/ Estabelecimento
Norte	06	4.902	312.391	817
Nordeste	15	3.664	1.156.066	844
Centro Oeste	04	1.451	281.783	363
Sudeste	27	23.103	1.753.467	856
Sul	19	12.765	607.981	672
Total	71	45.885	4.111.688	646

Fonte: MS/DATASUS – SIA/SUS, 2002

Verificamos que as regiões Norte, Nordeste e Sudeste apresentam média de 839 atendimentos por estabelecimento de saúde, embora evidencie desequilíbrio no número de estabelecimentos (06, 15 e 27, respectivamente), ao passo que a Região Norte dispõe do menor número de estabelecimentos de saúde (06), a despeito de ter média de demanda muito acima da nacional. Observamos, ainda que a Região Sul, que dispõe de 19 estabelecimentos de saúde, apresentou média de atendimento um pouco acima da média Brasil (672).

Os dados referentes aos procedimentos realizados nas regiões e estados do país podem ser observados na Tabela 02 e Quadros 05 e 06, expostos a seguir:

Tabela 2 - Número de procedimentos realizados no SUS, nos atendimentos das pessoas portadoras de deficiência auditiva, por região e estados, Brasil, 2002.

<i>Região</i>	<i>Procedimentos</i>		
	Estado	N	%
Sudeste	São Paulo	54.296	45,11
	Espírito Santo	—	—
	Minas Gerais	—	—
	Rio de Janeiro	—	—
Subtotal Rg. Sudeste Sul		54.296	—
Sul	Paraná	36.089	29,98
	Santa Catarina	3.342	2,78
	Rio Grande do Sul	332	0,28
Subtotal Rg. Sul		39.763	—
Norte	Rondônia	11.815	9,82
	Tocantins	409	0,34
	Acre	45	0,04
	Pará	40	0,03
	Amazonas	—	—
	Amapá	—	—
Subtotal Rg. Norte		12.309	—
Nordeste	Ceará	3698	3,07
	Piauí	1.354	1,12
	Paraíba	1.204	1,00
	Pernambuco	887	0,74
	Maranhão	725	0,60
	Bahia	348	0,29
	Rio Grande do Norte	289	0,24
	Alagoas	186	0,16
Subtotal Rg. Nordeste		8.691	—
Centro Oeste	Mato Grosso do Sul	4561	3,79
	Mato Grosso	616	0,51
	Distrito Federal	130	0,11
	Góias	—	—
Subtotal Rg. Centro Oeste		5.307	—
Total		120.366	100,00

Fonte: MS/DATASUS – SIA/SUS

É interessante registrar que São Paulo e Paraná realizaram o maior número de procedimentos 90.385 (75,09%) no país. Esse dado de realidade é compreensível, quando se considera o quantitativo de Centros de Referência para atendimento a pessoas portadoras de deficiência auditiva, nesses estados. Dos 25% de atendimentos restantes, 10% foram realizados em Rondônia, na Região Norte, ficando 15% distribuídos de modo desigual, entre os demais estados.

Quadro 5 - Número de procedimentos por pessoa, realizados no SUS, nos atendimentos das pessoas portadoras de deficiência auditiva, por região e estados, Brasil, 2002.

Região	Estado	<i>Pessoas</i>	<i>Procedimentos</i>	<i>Procedimentos/Pessoa</i>
		<i>Atendidas</i>	<i>Realizados</i>	
		N	N	N
Norte	Pará	—	40	—
	Amapá	—	—	—
	Acre	—	45	—
	Tocantins	—	409	—
	Roraima	—	—	—
	Amazonas	—	—	—
	Rondônia	4.902	11.815	2,41
Subtotal Região	Norte	4.902	12.309	2,51
Nordeste	Bahia	173	348	2,01
	Pernambuco	497	887	1,78
	Ceará	2.080	3.698	1,78
	Maranhão	—	725	—
	Paraíba	—	1.204	—
	Piauí	509	1.354	2,66
	Alagoas	135	186	1,38
	Rio G. Norte	94	289	3,07
Sergipe	—	—	—	
Subtotal Região	Nordeste	3.664	8.691	2,37
Centro Oeste	Goiás	—	—	—
	Mato Grosso	172	616	3,58
	Mato G. Sul	1.214	4.561	3,76
	Distrito Federal	65	130	2,00
Subtotal Região	Centro Oeste	1.451	5.307	3,66
Sudeste	São Paulo	23.103	54.296	2,35
	Minas Gerais	—	—	—
	Rio de Janeiro	—	—	—
	Espírito Santo	—	—	—
Subtotal Região	Sudeste	23.103	54.296	2,35
Sul	Rio G.do Sul	186	332	1,78
	Paraná	12.579	36.089	2,87
	Santa Catarina	—	3.342	—

Subtotal Região Sul	12.765	39.763	3,12
Brasil	45.885	120.366	2,62

Fonte: MS/DATASUS – SIA/SUS.

A média de procedimentos por pessoas atendidas em São Paulo (2,35) e Paraná (2,87) está um pouco acima da média Brasil (2,62), assim como dos estados do Centro Oeste (3,66), exceto o Distrito Federal (2,00). No entanto, Mato Grosso do Sul, nessa Região, apresentou a maior média de procedimentos por pessoa (3,76), acima da média nacional.

Por seu turno, Rondônia, Bahia, Ceará, Pernambuco, Alagoas e Rio Grande do Sul apresentaram média de procedimentos (por pessoa) abaixo da média do Brasil. Pernambuco, Ceará e Rio Grande do Sul evidenciaram a mesma média (1,78) e números de pessoas atendidas bastante diversificados.

Nos estados da Paraíba, na Região Nordeste; Tocantins, Acre e Pará, na Região Norte e Santa Catarina na Região Sul, há registro de procedimentos realizados às pessoas portadoras de deficiência auditiva; entretanto, nesses estados, não houve registro de pessoas atendidas. De sua parte, os estados da Paraíba e Tocantins não dispõem de estabelecimentos de saúde (Tabela 01).

O Quadro 06 permite refletir sobre o número total de procedimentos realizados no atendimento as pessoas portadoras de deficiência auditiva. Nessa fonte, podemos notar que há seis estados brasileiros com problemas de registro, pois, mencionam procedimentos realizados, sem constar registro de pessoas atendidas. Observamos ainda que 08 estados não permitem detectar atendimento a este grupo populacional.

Quadro 6 - Número de procedimentos (consulta para diagnóstico, seleção de modelos de AASI e acompanhamentos; fornecimento e reposição de AASI), e de pessoas atendidas no SUS, por região e estados, Brasil, 2002.

<i>Região</i>	<i>Estados</i>	<i>ES</i>	<i>Pessoas</i>	<i>Procedimentos</i>	<i>Consulta</i>	<i>Acompanhamentos</i>	<i>Exames</i>	<i>Seleções</i>	<i>AASI</i>	<i>Reposição</i>
Norte	RO	04	4.902	11.815	4.479	104	3.574	1.228	2.328	2
	AM	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	AP	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	AC	01	—	45	—	—	—	—	45	—
	PA	01	—	40	40	—	—	—	100	—
	RR	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	TO	—	—	409	—	—	—	—	409	—
Subtotal Região Norte		06	4.902	12.309	4.519	104	3.574	1.228	2.882	2
Nordeste	CE	06	2.080	1.644	1.723	278	98	772	825	2
	MA	03	—	721	175	—	—	170	376	4
	BA	02	173	348	174	—	—	174	—	—
	PI	01	509	1.354	510	—	—	—	844	—
	PE	01	497	887	528	32	—	—	327	—
	AL	01	135	190	135	—	—	—	51	—
	RGN	01	94	289	50	10	120	—	59	—
	PB	—	—	1.204	—	—	—	—	1.204	—
SE	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Subtotal Região Nordeste		15	3.664	8.691	3.295	320	218	1.166	3.686	6
Centro Oeste	MS	02	1.214	4.561	777	1.111	654	574	1.445	—
	MT	01	172	616	170	—	—	147	299	—
	DF	01	65	130	62	—	—	—	68	—
	GO	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Subtotal Região C. Oeste		04	1.451	5.307	1.009	1.111	654	721	1.812	—
Sudeste	SP	27	23.103	54.296	13.101	18.734	3.613	6.262	11.409	1.177
	ES	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	MG	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	RJ	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Subtotal Região Sudeste		27	23.103	54.296	13.101	18.734	3.613	6.262	11.409	1.177
Sul	PR	15	12.579	36.089	10.523	4.941	931	8.611	11.050	33
	SC	03	—	3.342	1.507	—	—	—	1.835	—
	RGS	01	186	332	162	4	2	31	133	—
Subtotal Região Sul		19	12.765	39.763	12.192	4.945	935	8.642	13.018	33
BRASIL		71	45.885	120.366	34.116	25.214	8.994	18.019	32.807	1.218

Fonte: MS/DATASUS-SIA/SUS

Consultas

Como referi em momento anterior da pesquisa, as consultas para diagnóstico de deficiência auditiva constituem o procedimento de entrada no subsistema de APAC. A Portaria MS/SAS nº 432 estabelece como procedimento principal o máximo de uma consulta/ano/criança ou adulto para o diagnóstico de deficiência auditiva de caso unilateral/bilateral e, como procedimentos secundários, os exames: emissões otoacústicas e potencial evocado de tronco cerebral (BERA), bem como a seleção de modelos de AASI para criança e adulto. Portanto, além das consultas, são também registrados no sistema os quantitativos desses exames e de procedimento utilizado para seleção de modelos de AASI.

A Tabela 03 apresenta o número total de consultas realizadas às pessoas portadoras de deficiência auditiva, por macro regiões no Brasil.

Tabela 3 - Número de consultas às pessoas portadoras de deficiência auditiva, realizadas no SUS segundo regiões, Brasil, 2002

<i>Região</i>	<i>Consulta</i>	
	N	%
Norte	4.519	13,25
Nordeste	3.295	9,66
Centro Oeste	1.009	2,96
Sudeste	13.101	38,40
Sul	12.192	35,74
Brasil	34.116	100,00

Fonte: MS/DATASUS – SIA/SUS

Diante do exposto, pode-se inferir que, de um total de 34.116 consultas realizadas em 2002, a oferta concentrou-se nas regiões Sudeste 13.101 (38,40%) e Sul 12.192 (35,74%) e a região Centro Oeste apresentou resultados inferiores, com 1.009 (2,96%). Das 45.885 pessoas atendidas (Quadro 03), 34.116 realizaram consultas, significando que 11.769 pessoas receberam outros tipos de atendimento, como por exemplo, as pessoas dos estados do Acre e Tocantins (Região Norte) e Paraíba (Nordeste), que receberam aparelhos de amplificação sonora individual. (AASI), como apresentado no Quadro 06.

De acordo com os dados do quadro 07 as 34.116 consultas foram realizadas em 61 estabelecimentos de saúde dos 71 cadastrados no SUS (Quadro 07).

Quadro 7 - Número de estabelecimentos de saúde que realizaram consultas às pessoas portadoras de deficiência auditiva, por região e estados, Brasil, 2002.

REGIÃO	ESTADO	ESTABELECEMENTOS DE SAÚDE		TOTAL DE CONSULTAS
		Cadastrados	Realizaram Consultas	N
		N	N	
Região Norte	Rondônia	04	04	4.479
	Acre	01	—	—
	Pará	01	01	40
	Roraima	—	—	—
	Tocantins	—	—	—
Subtotal Rg. Norte		06	05	4.519
Região Nordeste	Ceará	—	06	1.723
	Maranhão	03	03	175
	Bahia	02	02	174
	Piauí	01	01	510
	Pernambuco	01	01	528
	Alagoas	01	01	135
	Rio Grande do Norte	01	01	50
	Paraíba	—	—	—
Sergipe	—	—	—	
Subtotal Rg. Nordeste		15	15	3.295
Região Centro Oeste	Mato Grosso do Sul	02	01	777
	Mato Grosso	01	01	170
	Distrito Federal	01	01	62
	Góias	—	—	—
Subtotal Rg. Centro Oeste		04	04	1.009
Região Sudeste	São Paulo	27	20	13.101
	Espírito Santo	—	—	—
	Minas Gerais	—	—	—
	Rio de Janeiro	—	—	—
Subtotal Rg. Sudeste		27	20	13.101
Região Sul	Paraná	15	15	10.523
	Santa Catarina	03	01	1.507
	Rio Grande do Sul	01	01	162
Subtotal Rg. Sul		19	17	12.192
Brasil		71	61	34.116

Fonte: MS/DATASUS – SIA/SUS

É instigante mencionar que não há registro de atendimentos consultas no Estado do Acre, embora exista um estabelecimento de saúde cadastrado e apenas 20 dos 27 estabelecimentos do Estado de São Paulo registraram atendimentos em consultas e em Santa Catarina onde havia três estabelecimentos, somente um registrou consultas.

O quadro 08 demonstra a cobertura de atendimentos em consultas realizadas às pessoas portadoras de deficiência auditiva, atendidas pelo SUS, em 2002.

Quadro 8 - Número e percentual de consultas às pessoas portadoras de deficiência auditiva atendidas, segundo regiões, Brasil, 2002

<i>Região</i>	<i>Pessoas Atendidas</i>	<i>Consultas</i>	<i>Consultas/Pessoas Atendidas</i>
	N	N	%
Norte	4.902	4.519	0,92
Nordeste	3.664	3.295	0,90
Centro Oeste	1.451	1.009	0,70
Sudeste	23.103	13.101	0,57
Sul	607.981	12.192	0,02
Brasil	45.885	34.116	0,74

Fonte: MS/DATASUS – SIA/SUS

Conforme dados expostos no Quadro acima, verificamos que, para um total de 45.885 pessoas com problemas de audição no país, atendidas pelo SUS, em 2002 (Quadro 01), as 34.116 consultas realizadas (igualmente pelo SUS), representam uma cobertura total de apenas 0,74, desse grupo populacional. A distribuição de consultas por macro região foi, em ordem decrescente: Região Norte (0,92%), Nordeste (0,90%), Centro Oeste (0,70%), Sudeste (0,57%), e SUL (0,02%). Como apresentado no Quadro 08.

A distribuição de consultas por sexo e faixa etária apresentada na Tabela 04 permite inferir que, das 34.116 consultas realizadas 16.791, foram para pessoas portadoras de deficiência auditiva do sexo feminino e 17.324 do sexo masculino, que representam 49,22% e 50,78% respectivamente.

Tabela 4 - Numero de consultas por faixa etária e sexo realizadas no SUS, Brasil, 2002

Faixa Etária	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
0 a 1 ano incompleto	2.332	6,84	2.411	7,07	4.743	13,90
1 a 2 anos incompletos	172	0,50	218	0,64	390	1,14
2 a 3 anos incompletos	224	0,66	284	0,83	508	1,49
3 a 4 anos incompletos	209	0,61	271	0,79	480	1,41
4 a 5 anos incompletos	217	0,64	241	0,71	458	1,34
5 a 6 anos incompletos	259	0,76	317	0,93	576	1,69
6 a 12 anos incompletos	1.480	4,34	1.845	5,41	3.325	9,75
12 a 15 anos incompletos	499	1,46	600	1,76	1.099	3,22
15 a 21 anos incompletos	787	2,31	785	2,30	1.572	4,61
21 a 25 anos incompletos	472	1,38	371	1,09	843	2,47
25 a 30 anos incompletos	434	1,27	389	1,14	823	2,41
30 a 35 anos incompletos	654	1,92	560	1,64	1.214	3,56
35 a 40 anos incompletos	648	1,90	557	1,63	1.205	3,53
40 a 45 anos incompletos	744	2,18	565	1,66	1.309	3,84
45 a 50 anos incompletos	673	1,97	766	2,25	1.439	4,22
50 a 55 anos incompletos	867	2,54	764	2,24	1.631	4,78
55 a 60 anos incompletos	807	2,37	722	2,12	1.529	4,48
60 a 65 anos incompletos	1.112	3,26	1.147	3,36	2.259	6,62
65 anos em diante	4.201	12,31	4.511	13,22	8.712	25,54
Total	16.791	49,22	17.324	50,78	34.116	100,00

Fonte: MS/DATASUS – SIA/SUS

Pessoas nas faixas etárias de mais de 65 anos, de 6 a 12 anos e de 0 a 1 ano receberam, em conjunto, metade das consultas realizadas (50,61%). Manifestando idêntica tendência, o grupo de pessoas com mais de 65 anos foi o que mais recebeu atendimento (25,54%), ao passo que o menor percentual de consultas ocorreu na faixa etária de 21 a 30 anos incompletos (4,88%).

Os resultados acima podem ser explicados, caso se considere que, depois dos 65 anos, ocorre a perda auditiva decorrente das mudanças degenerativas que acompanham o envelhecimento (presbiacusia) e que o Brasil está experimentando um processo de envelhecimento rápido e acentuado. Para melhor compreender esse resultado, basta recordar que, no último censo, foram registrados 14.536.028 indivíduos com mais de 65 anos e a expectativa de vida média para homens era de 64,8 anos e para mulheres de 72,6 anos (IBGE, 2000).

O envelhecimento do ouvido (presbiacusia) caracteriza-se como lesão auditiva coclear, simétrica, progressiva com a idade e de grau e severidade variáveis para cada indivíduo. As alterações nos limiares auditivos têm início entre 40 e 50 anos de idade e continuam pelo resto da vida. A literatura internacional ressalta que a menor incidência

de perda auditiva encontra-se na faixa etária de 17 a 44 anos de idade. Para reforçar essa inferência, lembro que alguns estudos, como o abaixo relacionado, apontam que a presbiacusia ocorre em uma incidência de 33% na faixa etária entre 65 a 74 anos de idade, 45% entre 75 a 84 anos e 62% em indivíduos com mais de 85 anos (BRANT e FOZARD, 1990).

Considerando que 33% do total de brasileiros com mais de 65 anos teriam perda auditiva, estima-se que 31.990 pessoas nessa faixa etária demandariam consulta para diagnóstico dessa deficiência. Em 2002, as 8.712 consultas registradas para pessoas com mais de 65 anos significariam uma cobertura de 27 %.

Principais causas de perda de audição

Na Tabela 05, pode-se observar que, segundo os registros disponíveis, os diagnósticos mais frequentes de perda de audição foram: transtorno de condução neurossensorial - H90, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID10 (68,08%), outras perdas de audição (H91) (19,90%); outros transtornos de ouvido interno (H83) (5,31%) e outros transtornos de ouvido (4,51%).

Tabela 5 – Causas da perda de audição das pessoas atendidas e consultadas no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2002.

Código	Descrição	Pessoas Atendidas		Pessoas Consultas	
		N	%	N	%
H900 a H98	Perda de audição uni/bilateral, mista por transtorno de condução neurossensorial	33.252	72,47	23.225	68,08
H830 a H839	Outros transtornos do ouvido externo	9.876	21,52	1.811	5,31
H920 a H922	Otalgia e secreção auditiva	1.683	3,67	79	0,23
H82	Síndrome vertiginosa em doença classificada em outra parte	312	0,68	01	0,00
H720	Perfuração da membrana do tímpano	155	0,34	145	0,43
H650 a H659	Otite média não supurativa	140	0,31	131	0,38
H910 a H919	Outras perdas de audição	78	0,17	6.790	19,90
H660 a H669	Otite média supurativa crônica e as não e as não especificadas	76	0,17	75	0,22
H610 a H619	Outros transtornos do ouvido externo não especificado	73	0,16	73	0,21
H740 a H748	Outros transtornos do ouvido médio e da mastóide	70	0,15	29	0,09
H600 a H609	Otite Externa não-infecciosa	34	0,07	35	0,10
H71	Colesteatoma do ouvido médio	33	0,07	34	0,10
H738	Outros transtornos da membrana do tímpano	30	0,07	04	0,01
H698 a H698	Outros transtornos da trompa de Eustaquio	19	0,04	19	0,06
H800 a H809	Otosclerose	14	0,03	76	0,22
H680	Salpingite e obstrução trompa de Eustaquio	10	0,02	8	0,02
H948	Outros transtornos do ouvido em doenças classificadas em outra parte	10	0,02	2	0,01
H700 a H709	Mastoidite e afecções correlatas	08	0,02	7	0,01
H730	Outros transtornos da membrana do tímpano	05	0,01	4	0,01
H620 a H622	Transtorno do ouvido externo em doenças classificadas em outra parte	02	0,00	2	0,01
H930 a H939	Outros transtornos do ouvido não classificados em outra parte	02	0,00	1.540	4,51
H671	Otite média em doenças virais classificadas em outra parte	—	—	10	0,03
H731	Meningite crônica	01	0,00	01	0,00
H810 a H819	Transtorno da função vestibular	01	0,00	19	0,06
Total		45.885	100,00	34.116	100,00

Fonte: MS/DATASUS-SIA/SUS

A perda de audição unilateral ou bilateral, mista por transtorno de condução neurossensorial foi apresentada pela maioria 33.252 (72,47%) das 45.885 pessoas atendidas pelo SUS, no Brasil. (Quadro 09).

Quadro 9 - Causas da perda de audição das pessoas atendidas no SUS, por regiões, Brasil, 2002.

Código	Descrição	Região					Brasil	%
		Norte	Nordeste	C. Oeste	Sudeste	Sul		
H900 a H98	Perda de audição uni/bilateral, mista por transtorno de condução neurosensorial	4.872	3.188	1.320	13.650	10.222	33.252	72,47
H830 a H839	Outros transtornos do ouvido externo	23	48	129	7.793	1.883	9.876	21,52
H920 a H922	Otalgia e secreção auditiva	05	44	—	1.540	94	1.683	3,67
H82	Síndrome vertiginosa em doença classificada em outra parte	—	93	—	27	192	312	0,68
H720	Perfuração da membrana do tímpano	—	88	—	07	60	155	0,34
H650 a H659	Otite média não supurativa	—	17	—	29	94	140	0,31
H910 a H919	Outras perdas de audição	01	11	—	02	64	78	0,17
H660 a H669	Otite média supurativa crônica e as não e as não especificadas	—	20	02	15	39	76	0,17
H610 a H619	Outros transtornos do ouvido externo não especificado	—	45	—	01	27	73	0,16
H740 a H748	Outros transtornos do ouvido médio e da mastóide	—	16	—	09	45	70	0,15
H600 a H609	Otite Externa não-infecciosa	01	12	—	13	8	34	0,07
H71	Colesteatoma do ouvido médio	—	14	—	03	16	33	0,07
H738	Outros transtornos da membrana do tímpano	—	27	—	—	03	30	0,07
H698 a H698	Outros transtornos da trompa de Eustaquio	—	14	—	03	02	19	0,04
H800 a H809	Otosclerose	—	06	—	04	04	14	0,03
H680	Salpingite e obstrução trompa de Eustaquio	—	07	—	—	03	10	0,02
H948	Outros transtornos do ouvido em doenças classificadas em outra parte	—	04	—	02	04	10	0,02
H700 a H709	Mastoidite e afecções correlatas	—	01	—	03	04	08	0,02
H730	Outros transtornos da membrana do tímpano	—	04	—	01	—	05	0,01
H620 a H622	Transtorno do ouvido externo em doenças classificadas em outra parte	—	02	—	—	—	02	0,00
H930 a H939	Outros transtornos do ouvido não classificados em outra parte	—	02	—	—	—	02	0,00
H671	Otite média em doenças virais classificadas em outra parte	—	—	—	01	—	01	0,00
H731	Meningite crônica	—	01	—	—	—	01	0,00
H810 a H819	Transtorno da função vestibular	—	—	—	—	01	01	0,00
Total		4.902	3.664	1.451	23.103	12.765	45.885	100,00

Fonte: MS/DATASUS-SIA/SUS

Exames

Em uma avaliação audiológica, vários tipos de exames podem ser solicitados, tais como: logaudiometria, imitanciometria, audiometria tonal limiar, audiometria de reforço visual, audiometria em campo livre com pesquisa do ganho funcional, pesquisa do ganho de inserção, emissões otoacústicas e potencial evocado auditivo de curta, média e longa latência (BERA).

No entanto, a Portaria MS/SAS nº 432 identifica, como exames de avaliação audiológica, somente o de emissões otoacústicas – EOA e o potencial evocado de tronco cerebral – BERA que tem códigos e remunerações específicas. O procedimento de código 38.031.01-9 está assim descrito:

38.031.01-9 diagnóstico de deficiência auditiva de caso unilateral ou bilateral – Consiste em consultas de: otorrinolaringologia, pediatria, clínica, neurologia e fonoaudiologia; rotina de avaliação audiológica (com anamnese, avaliação comportamental da audição, impedanciometria, logaudiometria, audiometria com reforço visual: VRA ou Vera ou condicionada ou tonal limiar); avaliação do serviço social, avaliações psicológicas. (BRASIL, 2000).

Dessa forma, outros exames que também podem fazer parte da avaliação audiológica, de acordo com essa Portaria, integram o procedimento de código 38.031.01-9, sem especificar cada exame em separado, o que impede de obter dados relacionados ao número desses exames que foram realizados pelos estabelecimentos de saúde, que prestam atendimento às pessoas portadoras de deficiência auditiva, além dos apresentados na Tabela 06.

Tabela 6 – Tipos de exames realizados no SUS, distribuídos por regiões, Brasil, 2002

Região	UF	BERA		EOA		Total	
		N	%	N	%	N	%
Norte	RO	49	0,54	3.525	39,19	3.574	39,74
Nordeste	CE/RN	113	1,26	105	1,17	218	2,42
Centro Oeste	MS	380	4,23	274	3,05	654	7,27
Sudeste	SP	1.577	17,53	2.036	22,64	3.613	40,17
Sul	PR/RS	461	5,13	474	5,27	935	10,40
Brasil		2.580	28,69	6.414	71,31	8.994	100,00

Fonte: MS/DATASUS – SIA/SUS

Pelos resultados da Tabela anteriormente apresentada, pode-se observar que, do total de 8.994 exames realizados, 6.414 (71,31%) foram de emissões otoacústicas e 2.580 (28,69%) de potencial evocado de tronco cerebral. Ademais, as 34.116 consultas

realizadas, no Brasil em 2002, geraram um total de 8.994 exames que correspondem a 26,36% das consultas realizadas como mostra a tabela 07.

Tabela 7 - Proporções de tipos de exames por consultas realizados no SUS, distribuídos por regiões, Brasil, 2002.

<i>Região</i>	<i>Consultas</i>	<i>Exames</i>	<i>Exames/Consultas</i>
	N	N	%
Norte	4.519	3.574	79,09
Nordeste	3.295	218	6,62
Centro Oeste	1.009	654	64,82
Sudeste	13.101	3.613	27,58
Sul	12.192	935	7,67
Brasil	34.116	8.994	26,36

Fonte: MS/DATASUS – SIA/SUS

Segundo as informações supramencionadas, os maiores percentuais de exames por consultas realizadas encontram-se na Região Norte (79,09%) e Centro Oeste (64,08%), muito acima da média do Brasil (26,36%).

A tabela 08 apresenta a relação de exames e de pessoas atendidas.

Tabela 8 - Proporção de exames realizados por pessoas atendidas no SUS, distribuídos por regiões, Brasil, 2002.

<i>Região</i>	<i>Pessoas Atendidas</i>	<i>Exames</i>	<i>Exame/Pessoa Atendida</i>
	N	N	%
Norte	4.902	3.574	72,91
Nordeste	3.664	218	5,95
Centro Oeste	1.451	654	45,07
Sudeste	23.103	3.613	15,64
Sul	607.981	935	0,15
Brasil	45.885	8.994	19,36

Fonte: MS/DATASUS – SIA/SUS

Quando analisamos os exames realizados por pessoas atendidas, verificamos que como nas consultas, os maiores percentuais encontram-se na Região Norte (72,91 %) e Centro Oeste (45,07%), muito acima da média do Brasil (19,36 %). Cabe destacar que a Região Sul ficou muito abaixo da média nacional (0,15 %).

Fornecimento de aparelhos de amplificação sonora individual

Após a realização dos exames com diagnóstico da perda auditiva ocorre a indicação ou não do AASI e as pessoas que necessitam de aparelho são encaminhadas para o fonoaudiólogo, para selecionar o modelo do aparelho que se faz necessário. Conforme a Portaria nº 432, a seleção de modelos de AASI, consiste em pré-moldagem auricular, com confecção de molde; exames de audiometria em campo livre ou audiometria com reforço visual; avaliação do ganho de inserção; teste de percepção da fala e indicação do AASI.

A seleção de modelos é importante, pois permite identificar que tipo de aparelho e qual a tecnologia é mais apropriada para cada paciente. Deverá ser realizado um mínimo de quatro testes de AASI, de tipos e de tecnologias diferentes, visando a avaliar qual se adapta melhor ao paciente.

Observamos, pelos resultados expostos na Tabelas 09, que foram realizadas 9356 consultas para seleção de modelos de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual.

Tabela 9 - Número de seleção de modelos de aparelhos de amplificação sonora fornecidos pelo SUS, distribuídos por regiões, Brasil, 2002.

<i>Região</i>	<i>Seleção de Modelo de AASI</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>
Norte	1.228	13,13
Nordeste	1.166	12,46
Centro Oeste	721	7,71
Sudeste	6.260	66,91
Sul	31	0,33
Brasil	9.356	100,00

Fonte: MS/DATASUS – SIA/SUS

Conforme os resultados anteriormente expostos, verifica-se que, na Região Sudeste, ocorreu o maior número de consultas de seleção de modelo 6.230 (66,91%) do total de consultas para esta finalidade.

Tabela 10 - Número de consultas e de seleção de modelos de aparelhos de amplificação sonora fornecidos pelo SUS, distribuídos por regiões, Brasil, 2002

Região	Procedimentos		
	Consultas	Seleção Modelos	Seleção de Modelos/Consultas
	Nº	Nº	%
Norte	4.519	1.228	27,17
Nordeste	3.295	1.166	3,39
Centro Oeste	1.009	721	71,46
Sudeste	13.101	6.260	47,78
Sul	12.192	31	0,25
Brasil	34.116	9.356	27,42

Fonte: MS/DATASUS – SIA/SUS

Segundo os resultados apresentados na Tabela 10, notamos que as 9.356 consultas de seleção de modelos representam 27,42% do total de consultas diagnósticas realizadas. Na Região Sudeste, ocorreu a maioria das consultas diagnóstico e para seleção de modelo. Nessa região, 47,78% do total de consultas diagnóstico realizadas resultaram em procedimentos para seleção de modelos. No entanto, essa proporção atingiu 71,46% na região Centro Oeste, ao passo que a Região Sul apresentou o menor percentual (0,25%).

Em 2002, foram fornecidos 34.025 aparelhos auditivos, dos quais 32.807 de primeira vez (96,42 %) e 1.218 (3,58%) foram de reposição, em virtude de perda, roubo ou falha técnica nos componentes dos aparelhos.

Tabela 11 - Número de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual indicados pela primeira vez e de substituição, fornecidos pelo SUS, distribuídos por regiões, Brasil, 2002

Região	Fornecimento de AASI					
	Primeira vez		Substituição		Total	
	N	%	N	%	N	%
Norte	2.882	8,78	02	1,16	2.884	8,48
Nordeste	3.686	11,24	06	0,49	3.692	10,85
Centro Oeste	1.812	5,52	—	—	1.812	5,33
Sudeste	11.409	34,78	1.177	96,63	12.586	36,99
Sul	13.018	39,68	33	2,71	13.051	38,36
Brasil	32.807	100,00	1.218	3,58	34.025	100,00

Fonte: MS/DATASUS – SIA/SUS

Supondo que tenham sido distribuídos dois aparelhos por pessoa em 2002, 17.012 pessoas teriam recebido aparelhos auditivos, das quais 16.403 pessoas o receberam pela primeira vez e 609 obtiveram a reposição. Diferente do que se verificou na oferta de consultas, a distribuição de AASI foi mais elevada na região Sul do que no Sudeste.

A esse respeito, é pertinente lembrar que, após a protetização, as pessoas necessitam de acompanhamento e avaliação da adaptação ao aparelho, procedimento realizado por um dos profissionais da equipe multidisciplinar. A Portaria 432/00 indica como parâmetros para as consultas de acompanhamento, 04/ano para crianças e 02/ano para adultos.

No Quadro 10, observamos que, em 2002, foram realizadas 25.214 consultas de acompanhamento, sendo a maioria na região Sudeste (18.734) seguida das Regiões Sul (4.945); Nordeste (320); Sudeste e Centro Oeste (1.111).

Quadro 10 - Número de consultas de acompanhamentos realizados, por região, Brasil, 2002.

<i>Região</i>	<i>Acompanhamentos</i>		<i>Total</i>
	<i>Crianças</i>	<i>Adultos</i>	<i>N</i>
Norte	41	63	104
Nordeste	140	180	320
Centro Oeste	609	502	1111
Sudeste	4741	13993	18734
Sul	441	4504	4945
Brasil	5.972	19.242	25.214

Fonte: MS/DATASUS – SIA/SUS

Considerando os parâmetros estabelecidos na Portaria MS/SAS nº 432/00, observamos que, em 2002, foram acompanhadas 1.493 crianças (4 cons/ano) e 9.621 adultos (2 cons/ano), totalizando 11.114 pessoas.

Quadro 11 - Relação de fornecimento de aparelhos de amplificação sonora individual fornecido com consultas de seleção de modelos e consultas de acompanhamento no SUS, por região, Brasil, 2002

Região	<i>Seleção AASI</i>	<i>AASI</i>	<i>AASI/ Seleção</i>	<i>Acompanhamento</i>	<i>AASI/ Acompanhamento</i>
	N	N	N	N	%
Norte	1.228	2.884	2,35	104	27,73
Nordeste	1.166	3.692	3,17	320	11,54
Centro Oeste	721	1.812	2,51	1.111	1,63
Sudeste	6.260	13.051	2,08	18.734	0,70
Sul	31	12.586	406,00	4.945	2,55
Brasil	9.356	34.025	3,64	25.214	1,35

Fonte: MS/DATASUS – SIA/SUS

Conforme informações presentes no Quadro 11, observamos que se realizou, em média, uma consulta de seleção de modelos de AASI para cada 3,64 AASI fornecidos. Supondo que cada pessoa tenha recebido dois AASI, esse percentual seria de uma consulta de seleção, para 1,82 fornecimento de AASI. No que diz respeito a consultas de acompanhamento, os dados indicam que se levou a efeito uma consulta de seleção para cada 1,35 AASI fornecidos.

Custos dos atendimentos às pessoas portadoras de deficiência auditiva

Em 2002, para o atendimento as pessoas portadoras de deficiência auditiva foram realizados 120.366 procedimentos e utilizados recursos na ordem de R\$ 51.799.451,75, distribuídos por estado e região do País (Quadro 12 e Tabela 12).

Quadro 12 - Gasto médio/procedimento realizado nos atendimentos das pessoas portadoras de deficiência auditiva, no SUS, por região, Brasil, 2002

<i>Região</i>	<i>Procedimento</i>	<i>Recurso</i>	<i>Gasto Médio Procedimento</i>	<i>Pessoa Atendida</i>	<i>Média Procedimento Pessoa</i>
Norte	12.309	4.829.146,00	392,33	4.902	2,51
Nordeste	8691	4.593.882,00	528,58	3.664	2,37
Centro Oeste	5.307	2.597.981,00	489,54	1.451	3,66
Sudeste	54.296	20.797.907,25	378,96	23.103	2,35
Sul	39.763	18.980.535,50	477,34	12.765	3,12
Brasil	120.366	51.799.451,75	430,35	45.885	2,62

Fonte: MS/DATASUS – SIA/SUS

O gasto médio por procedimento ficou em torno de R\$ 430,35. Considerando que, em 2002, foram atendidos no SUS, 45.885 com problemas de audição, cada pessoa teria recebido em média 2,62 procedimentos, o que significa gasto médio anual por pessoa na ordem de R\$ 1.118,88. Tomando-se como referência a distribuição por macro regiões, constata-se que Região Centro Oeste e Sul apresentam a media de procedimento por pessoa acima da média nacional (3,66 e 3,12 procedimento por pessoa respectivamente).

Tabela 12 - Distribuição dos recursos gastos com o atendimento das pessoas portadoras de deficiência auditiva, no SUS, por região e estados, 2002.

Região	Estado	Procedimento	Recurso	Gasto médio/ procedimento
		N	\$	\$
Norte	Rondônia	11.815	4.270.614,00	361,46
	Tocantins	409	509.132,00	1.244,82
	Acre	45	46.800,00	1.040,00
	Pará	40	2.600,00	65,00
SubTotal Região Norte		12.309	4.829.146,00	392,33
Nordeste	Paraíba	1.204	1.341.808,00	1.114,46
	Ceará	1.644	1.222.134,00	743,39
	Piauí	1.354	953.550,00	704,25
	Maranhão	721	464.057,00	643,63
	Pernambuco	887	428.220,00	482,77
	Alagoas	190	86.567,00	455,62
	Rio G. do Norte	289	80.146,00	277,32
	Bahia	348	17.400,00	50,00
Sub Total Região Nordeste		8.691	4.593.882,00	528,38
Centro Oeste	Mato G. Sul	4.561	2.077.256,00	455,44
	Mato Grosso	616	442.595,00	718,50
	Distrito Federal	130	78.130,00	601,00
Sub Total Região C. Oeste		5.307	2.597.981,00	489,54
Sudeste	São Paulo	54.296	20.797.907,25	383,05
Sub Total Região Sudeste			20.797.907,25	383,05
Sul	Paraná	36.089	16.738.805,50	463,82
	Santa Catarina	3.342	2.079.415,00	622,21
	Rio G.do Sul	332	162.315,00	488,90
Sub Total Região Sul		39.763	18.980.535,50	477,34

Fonte: MS/DATASUS –SIA/SUS

A distribuição dos recursos por Unidade Federada privilegiou o estado de São Paulo, que obteve 45,11% do total de recursos despendidos para esse objetivo.

A totalidade dos recursos destinados à Região Sudeste concentrou-se em São Paulo (20.797.907,25), por ser este, o único que realiza os atendimentos das pessoas portadoras de deficiência auditiva. Na Região Sul, os recursos na ordem de (18.980.535,50) ficaram concentrados no Paraná (16.738.805,50); na Região Norte, Rondônia recebeu 4.270.614,00 dos recursos destinados ao atendimento das pessoas portadoras de deficiência auditiva; na Região Nordeste, recebeu R\$ 4.593.882,00 e, do total desses recursos, Paraíba e Ceará foram contemplados com maior volume de recursos. A região Centro Oeste recebeu o menor volume dos recursos (2.077.256,00), sendo que R\$ 2.077.256,00 foram destinados ao Mato Grosso do Sul.

Cabe destacar que no Estado da Paraíba não há estabelecimento de saúde cadastrado (Tabela 01), bem como não foi registrado atendimento a pessoas portadoras de deficiência auditiva (Quadro 03). Entretanto, verificaram-se 1.204 procedimentos (fornecimento de AASI), conforme exposto no Quadro 06, o que justifica o recebimento destes recursos, uma vez que os aparelhos de amplificação sonora individual custam, em média, R\$1.200,00 (Anexo da Portaria MS/SAS nº 432/2000). Na região Norte, Tocantins também não dispõe de estabelecimento de saúde e realizou 409 procedimentos (fornecimento de AASI).

A tabela 13 mostra os procedimentos realizados no atendimento das pessoas portadoras de deficiência, distribuídos segundo a natureza de prestadores.

Tabela 13 - Número de procedimentos segundo a natureza dos estabelecimentos de saúde que atendem as pessoas com deficiência auditiva no SUS, distribuídos por regiões, Brasil 2002.

Natureza	Procedimentos									
	Norte		Nordeste		Sudeste		Centro Oeste		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Público	45	0,37	7.208	82,94	31.957	58,86	1.481	27,91	48.352	40,17
Privado	12.264	99,63	1.483	17,06	22.339	41,14	3.826	72,09	72.014	59,83
Total	12.309	100,00	8.691	100,00	54.296	100,00	5.307	100,00	120.366	100,00

Fonte: MS/DATASUS – SIA/SUS

No Brasil, do total de procedimentos realizados para o atendimento aos portadores de deficiência auditiva, 59,83% foram realizados em estabelecimentos

privados. Todavia, nas regiões Nordeste e Sudeste, verificou-se o predomínio da rede pública 82,94% e 58,86.

Em resumo, o conjunto dos dados expostos neste capítulo, evidenciou alguns aspectos importantes, cabendo destacar:

- Nos estados de Amazonas, Amapá e Roraima (Região norte); Sergipe (Região Nordeste) Goiás (Região Centro Oeste) Espírito Santo, Minas Gerais e Rio de Janeiro (Região Sudeste) não há estabelecimento de saúde cadastrado para atendimento às pessoas portadoras de deficiência auditiva. Porém, nos estados da Paraíba e Tocantins constam registros de fornecimento de aparelhos auditivos.

Cabe mencionar que, em 2002, a programação pactuada integrada (PPI) ainda não estava implantada; portanto, as pessoas portadoras de deficiência auditiva desses estados poderiam estar sendo encaminhadas para receber atendimento em outros locais. Mas, como explicar os recursos destinados ao atendimento dessas pessoas, para os estados da Paraíba e Tocantins, considerando que nesses estados, não há registro de estabelecimento de saúde cadastrado.

- No estado de Santa Catarina, embora com registro de três estabelecimentos de saúde cadastrados, não há registro de atendimento; porém, há referência de consultas para diagnóstico e fornecimento de AASI.

- Os estados do Acre, Paraíba e Tocantins não realizaram consultas para diagnóstico de deficiência auditiva e nem para seleção de modelos de AASI; a despeito disso, foi registrado o fornecimento de AASI. Esse dado de realidade leva a crer que nesses estados, os aparelhos são simplesmente distribuídos, não se levando em consideração o tipo e grau da perda auditiva.

- O estado da Bahia realizou consulta para diagnóstico e para seleção de modelos de AASI; embora não tenha fornecido aparelho aos pacientes. A consulta para seleção de modelos de AASI justifica-se, quando comprovada a deficiência auditiva e a necessidade de utilização do aparelho.

- Os estados de Alagoas, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Santa Catarina e o Distrito Federal forneceram aparelhos de amplificação sonora individual; porém, não realizaram consulta para seleção de modelos de AASI. Cumpre notar que essa consulta é fundamental para a escolha do tipo de aparelho que melhor se adapte ao paciente.

Partindo do conjunto das informações relacionadas nos capítulos anteriores e da análise dos atendimentos realizados aos portadores de deficiência auditiva, pretendo elaborar uma proposta para a reformulação da Portaria MS/SAS nº 432/00 e do laudo de emissão de APAC de deficiência auditiva. Esta parte do trabalho será exposta no capítulo a seguir.

CAPÍTULO IV

Contribuição para a Reformulação da Portaria MS/SAS N° 432

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituída pela Portaria GM/MS n° 1.060, de 05 de junho de 2002, tem como principais finalidades: a promoção da saúde e a prevenção de incapacidades; a qualificação da assistência e dos processos de reabilitação, no âmbito do SUS; promover a igualdade de oportunidades e de acesso aos serviços de saúde para esse grupo da população. (BRASIL, 2002c).

A partir da Portaria MS/SAS n° 432 de 14 de novembro de 2000, os registros dos atendimentos destinados às pessoas portadoras de deficiência auditiva passaram a ser realizados pelo Subsistema de APAC-SIA/SUS. A iniciativa possibilitou a identificação dos atendimentos, procedimentos e tratamentos realizados no SUS a esse grupo populacional, no âmbito ambulatorial. Anteriormente, esses atendimentos eram realizados em regime de internação hospitalar.

Conforme mencionei na parte introdutória deste estudo, a Portaria n° 432 trata basicamente da inclusão do serviço/classificação de código 027/114 (diagnose e terapia em otorrinolaringologia), na tabela de serviços do SAI, ao passo que, na tabela de procedimentos do SAI, registra-se a inclusão de novos tipos de aparelhos de amplificação sonora individual – AASI; assim como de procedimentos para o diagnóstico, acompanhamento e avaliação da deficiência auditiva em crianças e adultos. (Portaria MS/SAS n° 432/00, Anexo I).

Conforme a Portaria n° 432, somente os prestadores de serviços de saúde de alta complexidade foram credenciados para atender aos portadores de deficiência auditiva, desconsiderando, dessa forma, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e sua regulamentação, nos termos do Decreto Federal n° 3.298/99. Ambos os documentos mencionados preconizam que a assistência à saúde a esse grupo populacional deverá observar os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, em níveis crescentes de complexidade (atenção básica, média e alta complexidade).

Para implementar os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, com relação à deficiência auditiva foi elaborada uma proposta alternativa contendo os seguintes aspectos:

- Organização de Redes Estaduais de Serviços de Atenção à Saúde Auditiva com as atribuições;

- Alterações na Tabela de Serviços e de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS;

- Introdução de critérios e atividades necessárias para a indicação de aparelhos de amplificação sonora individual;

1) Parâmetros de indicação dos AASI, segundo características eletroacústicas e tecnológicas;

2) Atividades a serem realizadas na avaliação audiológica;

3) Atividades para seleção e adaptação dos AASI:

a) Tipos de AASI;

b) Adaptação segundo via de aérea ou óssea;

c) Adaptação unilateral ou bilateral;

d) Molde Auricular.

3) Alterações no Laudo para emissão de APAC;

4) Fluxo da Rede de Atenção à Saúde Auditiva;

O Ministério da Saúde deve primeiro elaborar um plano de atenção às pessoas portadoras de deficiência auditiva, estabelecendo mecanismos para a organização e a implantação de Redes Estaduais de Atenção às Pessoas Portadoras de Deficiência Auditiva. A rede será integrada por Serviços de Atenção à Saúde Auditiva em diferentes níveis de complexidade com as seguintes atribuições:

a) Ações de Saúde Auditiva na Atenção Básica devem estar voltadas para promoção da saúde auditiva e a prevenção de problemas auditivos junto à comunidade, assim como desenvolver ações informativas e educativas, orientação familiar e encaminhamentos, quando necessário, para o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva de Média Complexidade.

Essas ações serão desenvolvidas em estabelecimentos de saúde devidamente cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, tais como: posto de saúde e unidade básica de saúde, através de equipes da atenção básica, considerando-se a saúde auditiva nos diferentes segmentos populacionais: gestantes, recém-nascidos, pré-escolares, escolares, jovens, trabalhadores e idosos. As

equipes responsáveis pela atenção básica devem estar devidamente capacitadas e contar com apoio técnico das equipes dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva de Média Complexidade, para a execução das seguintes ações:

- Informação e orientação à comunidade para a identificação precoce dos problemas auditivos e prevenção das principais causas de alterações auditivas passíveis de prevenção;

- Orientação às famílias, para que compreendam a importância da detecção precoce das perdas auditivas;

- Acolhimento e valorização da preocupação ou suspeita de pais quanto ao desenvolvimento da fala, linguagem e/ou audição dos filhos;

- Controle dos encaminhamentos para os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva da Média Complexidade.

b) Serviços de Atenção à Saúde Auditiva de Média Complexidade que constituirão a primeira referência para a atenção básica e contra-referência do serviço de Atenção à Saúde Auditiva de Alta Complexidade. Este serviço será organizado com o intuito de prestar assistência especializada às pessoas com risco para a surdez ou suspeita de perda auditiva; realizar triagem auditiva e monitoramento da audição de neonatos, pré-escolares e escolares e diagnosticar a perda auditiva de crianças a partir de três anos de idade, de jovens e de adultos (trabalhadores e idosos), respeitando as especificidades na avaliação exigidas para cada um desses grupos etários.

Para efetivar esse elenco de atividades, os serviços deverão contar com estrutura física, equipamentos e recursos humanos especializados, como por exemplo: médico otorrinolaringologista, fonoaudiólogos (sendo pelo menos um com especialização ou experiência comprovada em audiologia e outro com experiência em reabilitação), assistente social e psicólogo.

Os estabelecimentos de saúde do tipo: policlínicas, hospital geral, hospital especializado, clínica especializada ou ambulatórios de especialidades, que possuem o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva de Média Complexidade deverão estar devidamente cadastrados no CNES e habilitados para a execução das seguintes ações:

- Promover a saúde auditiva e a prevenção de problemas auditivos junto à comunidade, em ações articuladas com as equipes da atenção básica. As ações devem ser realizadas com vistas à saúde auditiva dos diferentes segmentos:

- Realizar consulta otorrinolaringológica e fonoaudiológica para identificar possíveis problemas auditivos; avaliação audiológica; triagem e monitoramento da audição em neonatos, pré-escolares e escolares e em trabalhadores com exposição freqüente a níveis de pressão sonora elevados; proceder aos encaminhamentos para os serviços nos diferentes níveis de atenção;

- Garantir a reabilitação, o tratamento clínico em otorrinolaringologia, a terapia fonoaudiológica e, quando for indicado o uso de prótese, realizar a seleção, a adaptação e o fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual, exceto para crianças até três anos de idade e pacientes com afecções associadas que deverão ser encaminhados para diagnóstico nos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva de Alta Complexidade;

- Orientar às equipes da atenção básica quanto às ações de prevenção e detecção precoce das perdas auditivas com a identificação das principais causas de alterações auditivas: doenças crônicas de orelha média, meningite, infecções congênitas, exposição a ruído, ototoxicidade e doenças genéticas e sistêmicas;

- Fornecer suporte técnico às equipes de atenção básica, para identificação dos casos que necessitam de encaminhamento para serviços em outros níveis de complexidade.

c) Serviços de Atenção à Saúde Auditiva de Alta Complexidade constituirão referência para o diagnóstico diferencial das perdas auditivas e sua reabilitação, em crianças até três anos de idade e em pacientes com patologias associadas (neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, lesão labiopalatal, cegueira, visão subnormal), perdas unilaterais e daqueles que apresentarem dificuldades na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade.

Nesse sentido, deverão contar com equipe multiprofissional especializada, assim constituídas: médicos otorrinolaringologistas, neurologista e/ou neuropediatra, fonoaudiólogo sendo pelo menos um com especialização ou experiência em audiologia infantil, outro com especialização ou experiência em audiologia, outro com experiência em reabilitação, assistente social, psicólogo e protético, bem como equipamentos para realizar o diagnóstico diferencial das perdas auditivas, no caso, o Brainstem Evoked Responses Audiometry (BERA).

Os estabelecimentos de saúde do tipo hospital e clínica especializadas ou ambulatorios de especialidades, que possuem o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva de

Alta Complexidade deverão estar devidamente cadastrados no CNES e habilitados para a execução das seguintes ações:

- Diagnóstico das perdas auditivas e reabilitação de recém-nascidos, crianças, jovens, adultos e idosos com perda auditiva, respeitando as especificidades na avaliação e reabilitação exigidas por cada um desses grupos;

- Diagnóstico diferencial de perda auditiva em crianças até três anos de idade; em pacientes com perdas unilaterais; em pacientes com patologias associadas (neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, lesão labiopalatal, cegueira, visão subnormal); e naqueles que apresentaram dificuldade na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade;

- Consulta otorrinolaringológica, neurológica, pediátrica e avaliação fonoaudiológica, de acordo com a necessidade de cada caso;

- Tratamento clínico em otorrinolaringologia, terapia fonoaudiológica individual e/ou em grupo, avaliação e terapia psicológica, atendimento em serviço social e orientações à comunidade escolar;

- Seleção, a adaptação e o fornecimento de aparelhos de amplificação sonora individual, quando o uso da prótese for indicado;

- Exames complementares: emissões otoacústicas evocadas transientes e produto de distorção e potencial evocado auditivo de tronco encefálico de curta, média e de longa latência;

- Capacitação das equipes da atenção básica e dos serviços de saúde auditiva de menor complexidade no âmbito do seu território e/ou de módulo assistencial;

- Triagem auditiva de recém-nascidos e monitoramento da audição de recém-nascidos encaminhados por outros serviços;

- Diagnóstico dos recém-nascidos que falharam no reteste da triagem auditiva neonatal ou no monitoramento da audição;

- Orientações técnicas, pela equipe multiprofissional, ao portador de deficiência auditiva e à família sobre a necessidade de continuidade do processo de reabilitação.

d) Serviços de Referência em Alta Complexidade de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial: devem constituir a referência estadual de atenção especializada para o diagnóstico, avaliação e tratamento de pessoas portadoras de deficiência auditiva, buscando potencializar o processo de reabilitação, garantindo atendimento clínico e

cirúrgico, quando for indicado o uso de aparelhos de amplificação sonora individual, incluindo o implante coclear e acesso aos meios de diagnósticos necessários à plena recuperação do paciente.

Nesse sentido, deverão contar com equipe multiprofissional especializada, composta de: médicos otorrinolaringologistas e neurologista e/ou neuropediatra, enfermeiro, fonoaudiólogo (com especialização ou experiência em audiologia infantil, com especialização ou experiência em audiologia, com experiência em reabilitação, assistente social, psicólogo e protético). Também deverão contar com equipamentos para o diagnóstico diferencial das perdas auditivas, no caso o Brainstem Evoked Responses Audiometry (BERA).

Os Serviços de Referência deverão dispor, obrigatoriamente, dos serviços de suporte diagnóstico e terapêutico, a saber: Laboratório de Patologia Clínica, apto a atender todas as provas laboratoriais necessárias ao diagnóstico e terapia; Serviço de Medicina de Imagem, dotado dos recursos técnicos para diagnóstico e terapia; e Serviços Médicos Complementares (genética, neurologia, neuropediatria).

Os estabelecimentos de saúde do tipo hospital especializado dotado de Serviço de Referência em Alta Complexidade de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial deverão estar devidamente cadastrados no CNES para a execução, além das ações descritas para o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva de Alta Complexidade, as abaixo discriminadas:

- Reabilitação auditiva realizada com sistema de implante coclear, observando os critérios de indicação e fornecimento desses implantes, tais como:

- Adultos: surdez neurosensorial profunda bilateral com código lingüístico estabelecido (casos de surdez pós-lingual); ausência de benefício com prótese auditiva (menos de 30 de discriminação vocal em teste com sentenças) e adequação psicológica e motivação para o uso de implante coclear.
- Crianças: avaliação prévia do benefício ou não da prótese auditiva; incapacidade de reconhecimento de palavras em conjunto fechado; família adequada e motivada para o uso do implante coclear e condições adequadas de reabilitação na cidade de origem.

Nesse contexto, é importante que todos os serviços de Atenção à Saúde Auditiva observem os critérios de prioridade na indicação e fornecimento de aparelhos de amplificação sonora individual: (a) portadores de deficiência auditiva menores de 3 anos

de idade; (b) pacientes com surdez súbita ou adquirida recentemente – surdez progressiva; (c) crianças de 3 a 6 anos de idade; (d) adultos maiores de 65 anos de idade; (e) crianças e adolescentes entre 6 e 18 anos de idade; (f) adultos entre 18 e 65 anos de idade.

O complexo de ações e atividades deve estar voltado para atuar sobre os possíveis níveis de instalação de condições que levem à prevenção, detecção precoce, ao diagnóstico, ao programa terapêutico, que inclua a reabilitação, a integração social, a integração escolar e a reintegração ao trabalho. Essas medidas podem ser sintetizadas, como exponho a seguir:

- ação sobre as causas – prevenção;
- ação sobre as deficiências – diagnóstico e tratamento;
- ação sobre as incapacidades – reabilitação;
- ação sobre as limitações ou obstáculos sociais – integração.

Com base nas considerações anteriormente expostas e nas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, principalmente no que diz respeito à organização e funcionamento dos serviços de atenção às pessoas portadoras de deficiência auditiva, nos diversos níveis de complexidade, elaborei uma proposta de Fluxo de Atendimento da Rede de Atenção à Saúde Auditiva (Figura 1):

No fluxo proposto, a rede de atenção à saúde auditiva deverá ser constituída por atendimento na atenção básica, serviços de atenção à saúde auditiva na média e na alta complexidade. Nesse sentido, o atendimento às pessoas portadoras de deficiência auditiva inicia-se pela atenção básica. Entretanto, em se tratando de crianças menores de três anos, crianças e adultos com afecções associadas deverão ser encaminhados diretamente para serviços de atenção à saúde auditiva na alta complexidade.

Os profissionais de saúde dos estabelecimentos de saúde da rede de atenção básica detectando algum problema de audição por meio de testes simplificados deverão encaminhar os clientes para um serviço de atenção à saúde auditiva na média complexidade. Nesse serviço, o cliente, inicialmente, é atendido pelo profissional otorrinolaringologista que indicará o tratamento a ser realizado: tratamento clínico ou avaliação diagnóstica em caso de suspeita de deficiência auditiva.

Em caso de suspeita de deficiência auditiva, o otorrinolaringologista emite um laudo solicitando APAC de avaliação para diagnóstico de deficiência auditiva. De posse

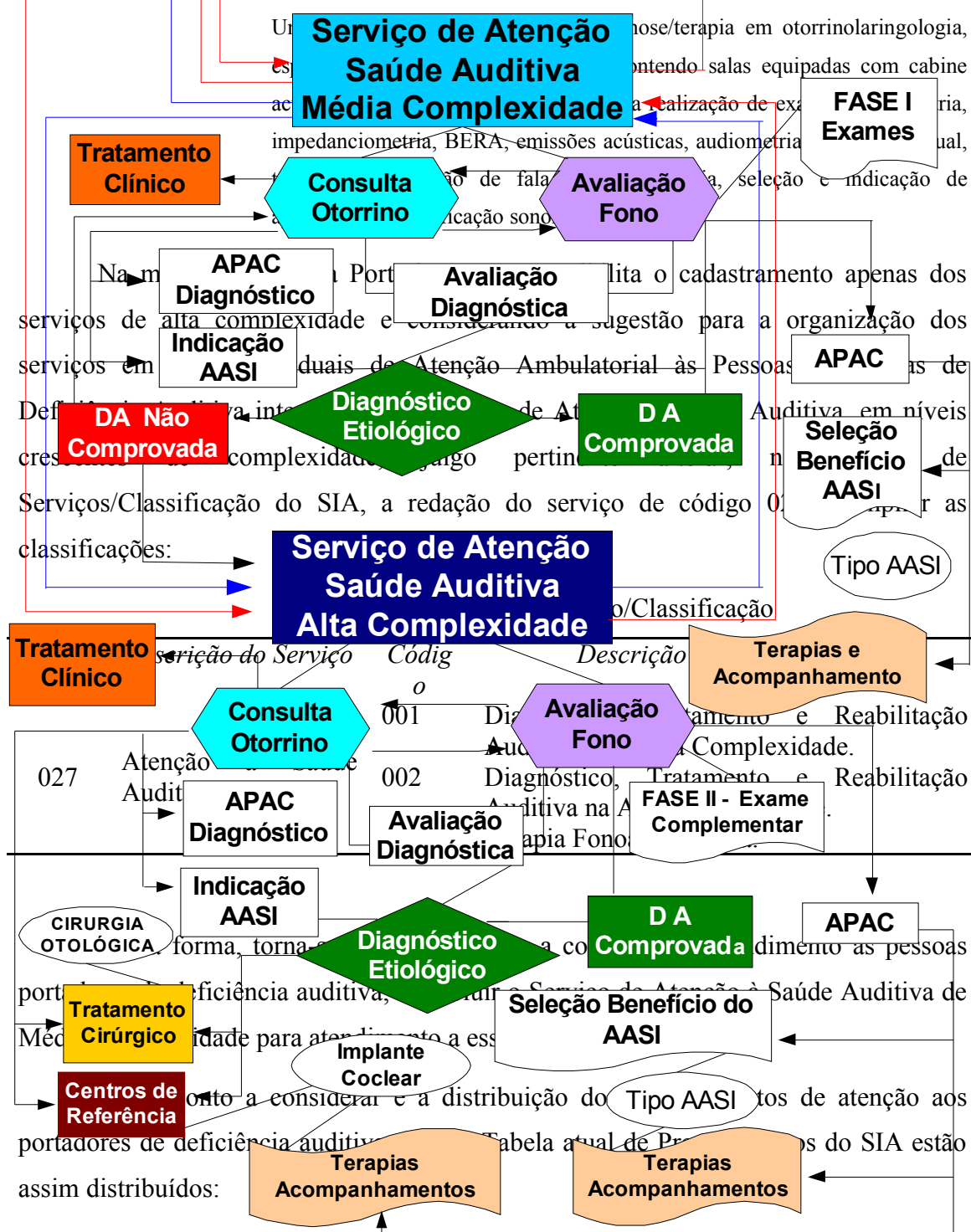
da autorização para a realização do procedimento, o cliente é encaminhado para avaliação fonoaudiológica, sendo realizado os exames necessários à confirmação do diagnóstico etiológico.

Diante da comprovação da deficiência auditiva, e da necessidade de uso de AASI, o otorrinolaringologista fará a indicação do mesmo e a fonoaudióloga solicitará APAC para seleção e benefício do AASI visando identificar o melhor tipo de aparelho que se adapta ao cliente, e, posteriormente solicitará APAC para terapias e acompanhamentos.

No caso em que a deficiência auditiva não for comprovada, o profissional otorrinolaringologista definirá os procedimentos a ser adotado: tratamento clínico, retorno do cliente para atenção básica, encaminhamento do cliente para serviço de atenção à saúde auditiva na alta complexidade, quando houver necessidade de esclarecimento de diagnóstico.

Em serviço de atenção à saúde auditiva na alta complexidade, o fluxo é o mesmo que para serviço na média complexidade. No entanto, conforme o diagnóstico etiológico, o cliente poderá ser encaminhado para um centro de referência quando houver a necessidade de implante coclear ou para tratamento cirúrgico quando for necessária a realização de cirurgia otológica.

Figura 1 Fluxo da Rede de Atenção à Saúde Auditiva. Podemos verificar que esse documento incluiu na tabela de Serviços/Classificação de Serviços do SIA, o Serviço de Atenção em otorrinolaringologia e sua respectiva classificação de código 114.



- Grupo 38.000.00- 8: acompanhamento de pacientes;
- Subgrupo 38.030.00-4: acompanhamento e avaliação de pacientes com deficiência auditiva unilateral ou bilateral com ou sem aparelho de amplificação sonora individual (AASI);

- Nível de Organização:
- 38.031.00-0: consultas;
- 38.032.00-7: exames audiológicos;
- 38.033.00-3: seleção de modelos;
- 38.034.00-0: próteses;
- 38.035.00-6: reposição de próteses;
- 38.036.002:-terapias.

Considerando a organização da rede de atenção aos portadores de deficiência auditiva integrada por serviços de Atenção à Saúde Auditiva, em diversos níveis de complexidade, sugiro a exclusão do Grupo 38.000.-8, relativo ao acompanhamento de pacientes de todos os procedimentos relacionados aos portadores de deficiência auditiva e à criação de novo grupo de procedimentos específico da Atenção à Saúde Auditiva:

Grupo 39.000.00-1: Atenção à Saúde Auditiva;

Subgrupo 39.010.00-7: avaliação, diagnóstico, acompanhamento e reavaliação de deficiência auditiva;

Subgrupo 39.020.00-2 Próteses Auditivas;

- Nível de organização:
- 39.0011.00-3 consultas;
- 39.012.00-0 seleção e adaptação de AASI,
- 39.021.00-9 prótese auditivas;
- 39.022.00-5 reposição de próteses auditivas.

CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DO USO DO AASI

No capítulo III, verificamos que foram fornecidos 34.025 aparelhos auditivos, embora não tenha sido possível avaliar os critérios adotados para sua distribuição. Ao examinar a Portaria nº 432 constata-se que a mesma não contém qualquer referência a esses critérios. Diante dessa lacuna, proponho, como critérios de indicação do uso do AASI, os elaborados pela Academia Brasileira de Fonoaudiologia.

Essa iniciativa é importante, pois os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva, quando do fornecimento de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI),

devem garantir à pessoa portadora de deficiência auditiva um processo de reabilitação que garanta desde a seleção e adaptação do tipo e características tecnológicas do AASI adequados às necessidades audiológica e acústicas do indivíduo, o acompanhamento periódico com monitoramento audiológico da perda auditiva e da amplificação, orientação e treino do manuseio do AASI, até a terapia fonoaudiológica para o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem do usuário.

Tipos de aparelhos de amplificação sonora individual

Os adultos ou crianças que apresentem dificuldades de comunicação decorrentes de perda auditiva são candidatos potenciais ao uso de aparelho de amplificação sonora individual. As indicações do uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) devem seguir as recomendações da Academia Brasileira de Audiologia, que estão divididas em três classes fundamentais, segundo a tecnologia dos aparelhos auditivos, adaptadas da literatura médica e fonoaudiológica, conforme exponho a seguir:

- Tipo A: Há consenso quanto à indicação do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) e o consenso é resultado de estudos a partir de evidências científicas.
- Tipo B Há controvérsia quanto à indicação do AASI;
- Tipo C: Há consenso quanto à falta de indicação ou contra-indicação do AASI.

Tipo A:

- Indivíduos adultos com perda auditiva bilateral permanente que apresentem, no melhor ouvido, média dos limiares tonais nas frequências de 500, 1000, 2000 e 4000 Hz, acima de 40 dB NA.

- Crianças (até 15 anos incompletos) com perda auditiva bilateral permanente que apresentem, no melhor ouvido, média dos limiares tonais nas frequências de 500, 1000, 2000 e 4000 Hz, acima de 30 dB NA.

Tipo B:

- Crianças com perdas auditivas cuja média dos limiares de audibilidade se encontrem entre 20 dBNA e 30 dBNA (perdas auditivas mínimas).

- Indivíduos com perdas auditivas unilaterais (desde que apresentem dificuldades de integração social e/ou profissional).
- Indivíduos com perda auditiva flutuante bilateral (desde que tenham monitoramento médico e audiológico sistemático).
- Indivíduos adultos com perda auditiva profunda bilateral pré-lingual, não-oralizados (desde que apresentem, no mínimo, detecção de fala com amplificação).
- Indivíduos adultos com perda auditiva e distúrbios neuro-psico-motores graves, sem adaptação anterior de AASI e sem uso de comunicação oral.
- Indivíduos com alterações neurais ou retrococleares (após teste)
- Perda auditiva limitada a frequências acima de 3000 Hz.

Tipo C:

- Intolerância a todo tipo de amplificação/controle de ganho devido a um recrutamento intenso;
- Anacusia unilateral com audição normal no ouvido contra-lateral.

Avaliação diagnóstica necessária para a indicação do uso de AASI e seleção da amplificação

- 1) Em Serviços de Atenção à Saúde Auditiva de Média e de Alta Complexidade, para pacientes acima de três anos:

Avaliação otorrinolaringológica; avaliação audiológica constituindo-se de testes de percepção de fala, avaliação de linguagem e questionários de avaliação do desempenho auditivo, assim como a realização dos seguintes exames complementares: audiometria tonal limiar ou audiometria condicionada por via aérea e via óssea, logaudiometria, imitanciometria e pesquisa do nível de desconforto (tom puro e fala);

- 2) Em Serviços de Atenção à Saúde Auditiva de Alta Complexidade para o diagnóstico diferencial de deficiência auditiva, em pacientes maiores de três anos de idade:

Avaliação otorrinolaringológica; avaliação audiológica constituindo-se de testes de percepção de fala, avaliação de linguagem e questionários de avaliação do desempenho auditivo, assim como a realização dos seguintes exames complementares:

audiometria tonal limiar ou audiometria condicionada por via aérea e via óssea, logaudiometria, imitanciometria, pesquisa do nível de desconforto (tom puro e fala), potencial evocado auditivo de curta, média ou longa latência, emissões otoacústicas evocadas transiente e produto de distorção.

- 3) Em Serviços de Atenção à Saúde Auditiva de Alta Complexidade para pacientes até três anos ou pacientes com afecções associadas (neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal) ou perdas unilaterais, e, ainda, para os pacientes referenciados dos serviços de menor complexidade:

Avaliação otorrinolaringológica; avaliação audiológica constituindo-se de observação de respostas comportamentais a estímulos sonoros, testes de percepção de fala, avaliação de linguagem e questionários de avaliação do desempenho auditivo, assim como a realização dos seguintes exames complementares: emissões otoacústicas transiente e produto de distorção, potencial evocado auditivo de curta, média e longa latência, imitanciometria, audiometria de reforço visual (VRA), realizada preferencialmente com fones.

Seleção e adaptação de AASI

- 1) Tipo de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual – AASI:

O aparelho auditivo é um equipamento pequeno, colocado junto do ouvido do paciente, visando à ampliação das atividades dos sons, trazendo-os para um nível confortável ao usuário. Atualmente, há aparelhos com alto nível de sofisticação, que ampliam o som de maneira cada vez mais seletiva. Por exemplo, nos momentos de comunicação, os sons da fala têm prioridade sobre os ruídos ambientais.

A Portaria nº 432 identifica os seguintes tipos de aparelhos: (a) retroauriculares, (b) intra - auriculares, (c) intra - canal, (d) micro - canal. Entretanto, a escolha do tipo de aparelho deverá ser feita com base nas necessidades individuais do paciente, levando-se em conta o grau e a configuração de perda de audição e as características eletroacústicas e tecnológicas do AASI.

Em crianças até três anos de idade, o tipo de aparelho deve possibilitar ajustes finos adicionais, necessários a uma caracterização mais acurada do *status* auditivo e da percepção de fala da criança. Em crianças até oito anos, é preferencial o uso de aparelhos retro auriculares. A Academia Brasileira de Fonoaudiologia recomenda que,

no processo de seleção, sejam escolhidos e testados no mínimo três marcas diferentes de AASI.

2) Adaptação por via aérea ou por via óssea:

Os benefícios advindos do uso do aparelho auditivo não são percebidos de imediato; é necessário um período de aprendizagem e de adequação auditiva. Dependem de um processo que ocorre com o passar do tempo, complementado com a realização de terapias fonoaudiológicas.

Nos casos de adaptação por via óssea, é preferencial a utilização de aparelhos que apresentem a abertura do microfone localizada ao nível da orelha, estes estão indicados nos seguintes casos:

- Indivíduos cujas condições anatômicas e/ou fisiológicas da orelha externa e/ou orelha média impossibilitem a utilização de AASI de condução aérea.

- Indivíduos que apresentem perdas auditivas com presença de grande diferencial aéreo/ósseo, quando não for possível atingir a quantidade de ganho e saída prescritos via utilização de AASI de condução aérea.

3) Adaptação unilateral ou bilateral:

É preferencial a indicação de uso de AASI bilateral. A indicação de uso de AASI unilateral procede nos seguintes casos:

- Adulto com perda auditiva assimétrica, quando a avaliação indicar o não benefício da adaptação bilateral;

- Adulto com perda auditiva assimétrica, quando um dos lados é anacusico;

- Perda auditiva bilateral, quando as condições anatômicas e/ou fisiológicas da orelha externa e/ou orelha média impossibilitarem a utilização de AASI de condução aérea bilateral e aspectos relativos ao conforto impossibilitarem o uso de AASI de condução óssea;

- Opção do paciente, após experiência bilateral.

4) Molde auricular

Os testes para seleção de AASI devem ser realizados utilizando-se molde auricular adequado ao tipo de aparelho e às necessidades acústicas e anatômicas do paciente. Deve ser confeccionado especialmente para cada paciente.

Em criança até doze meses, o molde deverá ser renovado, no mínimo, trimestralmente e, a partir desta idade, com intervalos semestrais. Em adultos, deverá ser renovado uma vez por ano; as exceções em que a periodicidade da renovação do molde pode variar são:

- quando houver danificação do molde;
- casos de doenças crônicas de orelha média ou externa;
- necessidade de modificações acústicas do AASI que demandem a confecção de outro molde.

5. Seleção das características eletroacústicas:

As características eletroacústicas é que diferenciam um tipo de aparelho do outro e são determinadas pelos componentes dos aparelhos auditivos e suas qualidades. Os parâmetros considerados no processo de seleção e adaptação de uma prótese auditiva são:

a) Ganho: resulta da quantidade do nível de pressão sonora desenvolvida em um aparelho, com volume no máximo. É a diferença entre “input” (entrada) e o “output” (saída), que não é linear para todas as frequências;

b) Saída máxima ou saturação: é o maior nível de pressão sonora que o aparelho é capaz de produzir, independentemente do ganho ou do sinal de entrada. Esse nível não deve ultrapassar o limiar de desconforto do paciente e deve permitir um sinal claro e audível;

c) Resposta de frequência: é a faixa de frequência que o aparelho efetivamente amplifica. Normalmente, é expressa através de seus limites inferior (baixa frequência) e superior (alta frequência);

d) Compressão: controle de ganho acionado automaticamente, quando o som de entrada ou saída excede o limite pré-estabelecido;

e) Bobina de indução: entrada alternativa além do microfone, que converte energia magnética em elétrica. Adequado para recepção ao telefone, rádio, televisão, cinema e teatro.

Devem constar no prontuário do paciente os valores do ganho, resposta de frequência e saída máxima prescritos, a partir dos limiares auditivos e/ou medidas supraliminares. Deve-se utilizar, como regra para esses cálculos, as características dos circuitos especiais, as entradas alternativas e a necessidade de AASI por condução óssea.

Na seleção de ganho e saída máxima para bebês e crianças até três anos, devem necessariamente, ser utilizado método que considerem a medida da diferença entre o acoplador e a orelha real.

Os aparelhos selecionados devem estar devidamente cadastrados pelos fabricantes e ser classificados segundo as características e recursos eletroacústicos (Quadro 14):

Quadro 13 - Características tecnológicas dos aparelhos de amplificação sonora individual - AASI

<i>Componentes</i>	<i>Tecnologia</i>		
	<i>Tipo A (baixa)</i>	<i>Tipo B (média)</i>	<i>Tipo C (alta)</i>
Programação	Não Programável	Programáveis ou não	Programáveis
Condução do som	Aérea ou Óssea	Aérea ou Óssea	Aérea
Controle de Saída	PC ou Compressão de Limitação	Compressão de Limitação	Compressão de Limitação
Compressão	Monocanal	WDRC (compressão da área dinâmica ampla) mono ou Multicanal	WDRC (compressão de área dinâmica ampla) Multicanal
Controles Disponíveis	Ganho: corte de grave e/ou corte de agudo, controle para saída máxima.	Ganho: corte de grave e/ou de agudo, controle para saída máxima, controle do limiar e/ou razão de compressão.	Ganho: corte de grave e/ou de agudo, controle para saída máxima, controle do limiar e/ou razão de compressão e/ou controle das constantes de tempo da compressão.
Controle de Volume	Manual	Manual e/ou automático	Controle de volume manual e/ou automático
Entradas Alternativas	Bobina de indução telefônica e/ou entrada de áudio	Bobina telefônica e/ou entrada de áudio	Bobina telefônica e/ou entrada de áudio
Memórias	Única	Única ou multimemória	Única ou multimemória
Microfone	Omnidirecional ou direcional	Omnidirecional ou direcional	Omnidirecional ou direcional
Controle de Ruído			Algoritmo para redução de ruído.
Expansão			Expansão

Feedback		Algoritmo para redução de feedback.
----------	--	-------------------------------------

Fonte: Academia Brasileira de Fonoaudiologia

6) Verificação do Desempenho e benefício do AASI:

A verificação do ganho e saída máxima deve ser realizada utilizando-se medidas com microfone ou medidas em campo livre. Em crianças menores de três anos devem ser necessariamente utilizadas medidas com microfone-sonda para a avaliação objetiva da resposta saída com diferentes sons de entrada e realizada a medida de saturação no acoplador e sendo utilizada a RECED como fator de correção.

A validação da amplificação deve ser feita com a aplicação de protocolos de percepção de fala e de questionários de avaliação do benefício e satisfação do paciente e ou família, adequados para a idade e habilidade do paciente.

Proposta de nova redação para os procedimentos relacionados na Portaria MS/SAS nº 432/2000

A seguir, apresento a relação dos procedimentos da tabela de procedimentos do SIA/SUS que devem ser alterados e as justificativas referentes a essas alterações propostas:

Justificativa: Desdobrar o procedimento de código 38.031.01-9 em quatro procedimentos visando:

- a) Possibilitar aos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva de Média Complexidade a avaliação diagnóstica em pacientes maiores de três anos;
- b) Estabelecer um procedimento para o diagnóstico diferencial da necessidade de aparelhos de alta tecnologia a ser realizado nos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva de Alta Complexidade para pacientes menores de três anos ou pacientes com afecções associadas, ou perdas unilaterais, assim como os pacientes encaminhados pelos serviços de menor complexidade;
- c) Incluir procedimentos para a reavaliação diagnóstica considerando que o procedimento atual é realizado somente uma vez ao ano, e na medida em que ocorrem situações de perdas progressivas, elas exigem mais de uma consulta

por ano. Por isso, sugiro os códigos de reavaliação diagnóstica de pacientes menores e maiores de três anos a serem utilizados em serviços de atenção à saúde auditiva de média e de alta complexidade, respectivamente;

- d) Retirar os exames que integram o procedimento de diagnóstico global e conferir-lhes códigos específicos de identificação no sistema, de forma a possibilitar acompanhamento e avaliação dos procedimentos;
- e) Conforme visto no capítulo III, para uma avaliação audiológica, além dos exames identificados no Banco de Dados Nacional do SIA, outros podem ser solicitados, tais como: logaudiometria, imitanciometria, audiometria tonal limiar, audiometria de reforço visual –VRA (via aérea e via óssea), audiometria em campo com pesquisa do ganho funcional, pesquisa do ganho de inserção.

De acordo com a Portaria 432, esses exames, integram o procedimento de diagnóstico global. Proponho conferir-lhes códigos específicos de identificação no sistema , tendo em vista acompanhar e avaliar a sua realização.

Procedimento

Nova Redação

- 39.011.01-1 Avaliação para diagnóstico de deficiência auditiva em paciente maior de três anos. Consiste em consulta otorrinolaringológica; avaliação fonoaudiológica dos aspectos da linguagem e audiológica; atendimento do serviço social.
- 39.011.02-0 Avaliação para diagnóstico diferencial de deficiência auditiva. Compreende a realização de consulta otorrinolaringológica; avaliação fonoaudiológica dos aspectos da linguagem e audiológica; avaliação pediátrica e avaliação neurológica; atendimento do serviço social e avaliação psicológica em pacientes menor de três anos ou com afecções associadas (neurológica, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal) ou perdas unilaterais, e, ainda, para os pacientes referenciados dos serviços de menor complexidade.
- 39.011.08-9 Reavaliação diagnóstica da deficiência auditiva em paciente maior de três anos, com ou sem indicação do uso de AASI. Consiste na reavaliação otorrinolaringológica; reavaliação fonoaudiológica do desenvolvimento da linguagem e reavaliação audiológica; orientação à família e atendimento do serviço social.
- 39.011.09-7 Reavaliação diagnóstica da deficiência auditiva em paciente menor de três anos, com ou sem indicação do uso de AASI. Compreende a realização de consulta otorrinolaringológica; reavaliação fonoaudiológica dos aspectos da linguagem e audiológica; reavaliação pediátrica e reavaliação neurológica; atendimento do serviço social e reavaliação psicológica em
- 3.031.01-9 Diagnóstico de Deficiência Auditiva de Caso Unilateral ou Bilateral – Consiste em consultas de: otorrinolaringologia, pediatria, clínica, neurologia e fonoaudiologia; rotina de avaliação audiológica (com anamnese, avaliação comportamental da audição, impedanciometria, logaudiometria, audiometria com reforço visual: VRA ou Vera ou condicionada ou tonal limiar; avaliação do serviço social, avaliações psicológicas.

Justificativa:

Em relação aos exames para a avaliação audiológica, inseridos na Tabela de Procedimentos do SIA, Grupo 17.000.00-9 (Diagnoses), Subgrupo 17.080.00-2 (otorrinolaringologia) e Nível de Organização 17.081.00-9 (audiologia/otologia), proponho a atualização de suas nomenclaturas, a partir de consultas aos profissionais (otorrinolaringologista e fonoaudiólogos). Considerando que os exames de audiometrias de códigos 17.081.01-7; 17.081.02-5; 17.081.03-5 têm a mesma finalidade; isto é, permitem avaliar a audição das diferentes frequências de tons puros – do grave ao agudo, com especial atenção para a ”zona da palavra”, sugiro aglutinação sob a denominação de logoaudiometria.

<i>Pocedimento</i>	<i>Nova Redação</i>
17.081.01-7 Audiometria Vocal – Pesquisa de Limiar de Discriminação (SDT)	
17.081.02-5 Audiometria Vocal – Pesquisa de Limiar de Interligibilidade (SRT)	17.081.01-7 Logoaudiometria (LDV, IRF, LRF)
17.081.03-5 Audiometria Vocal – Pesquisa de Reconhecimento de Fala (IRF)	
17.081.16-5 Impedanciometria	17.081.16-5 Imitanciometria (timpanometria, complacência estática e reflexo estapediano)
17.082.01-3 Audiometria tonal limiar	17.082.01-3 Audiometria Tonal limiar (via aérea e via óssea)
17.082.02-1 Audiometria de observação do comportamento infantil incondicionada	17.082.03-0 Audiometria de reforço visual – VRA (via aérea e via óssea)
17.082.05-6 Teste de Prótese auditiva para seleção ou verificação do ganho funcional	17.082.05-6 Audiometria em campo livre com pesquisa do ganho funcional
17.082.06-4 Teste de verificação do ganho de inserção da prótese auditiva	17.082.06-4 Pesquisa do ganho de inserção (medida com microfone e sonda)
17.082.09-9 Emissões otoacústica evocadas produto de distorção	17.082.09-9 Emissões otoacústica evocadas transientes e produto de distorção – EOA;
17.082.10-2 Pesquisa de Potenciais auditivos de tronco cerebral (BERA)	17.082.10-2 Potencial evocado auditivo de curta, média e longa latência.

Justificativa:

Considerando que os serviços de Atenção à Saúde Auditiva de média e de alta complexidade são responsáveis pelo acompanhamento periódico das pessoas portadoras de deficiência auditiva e que os serviços de alta complexidade devem monitorar a perda auditiva e a efetividade do uso do AASI, quando indicado, para crianças menores de três

anos e os de média complexidade para paciente maior de três anos, proponho o desdobramento do procedimento de código 38.031.05-1 em dois códigos 39.011.06-2 e 39.011.07-0, acompanhamento de paciente menor de três anos e acompanhamento de paciente maior de três anos, respectivamente.

Proponho, como parâmetros de consultas para acompanhamento de paciente menor de três anos, no máximo, uma consulta por paciente, quatro vezes por ano; acompanhamento de paciente maior de três anos, no máximo, uma consulta por paciente, duas vezes por ano e para paciente adulto, no máximo, uma consulta por paciente, uma vez por ano.

Procedimento

38.031.02-7 Acompanhamento e Avaliação de Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral de Criança Adaptada com 01 ou 02 AASI. (Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto emissões otoacústicas e BERA).

Nova Redação

39.011.05-4 Acompanhamento de paciente menor de três anos adaptado com AASI, unilateral ou bilateral. Consistem em avaliação otorrinolaringológica, avaliação neurológica, avaliação fonoaudiológica do desenvolvimento da linguagem e audiológica; avaliação do benefício do uso do AASI; orientação à família quanto ao manuseio do aparelho e a necessidade de terapia fonoaudiológica e atendimento do serviço social.

39.011.06-2 Acompanhamento de paciente maior de três anos adaptado com AASI, unilateral ou bilateral. Consiste em avaliação otorrinolaringológica; avaliação fonoaudiológica do desenvolvimento da linguagem e audiológica; avaliação do benefício do uso ASSI; orientação à família quanto ao manuseio do aparelho e a necessidade de terapia fonoaudiológica e atendimento do serviço social.

39.011.07-0 Acompanhamento de paciente

38.031.05-1 Acompanhamento e Avaliação de adulto adaptado com AASI, unilateral ou Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral bilateral. Consiste em avaliação Adulto não Adaptado com AASI. (Inclui toda otorrinolaringológica; avaliação audiológica; equipe multiprofissional e exames, exceto avaliação do benefício do uso AASI; emissões otoacústicas e BERA). orientação quanto ao manuseio do aparelho e atendimento do serviço social.

Justificativa:

Conforme consenso dos especialistas em relação à baixa eficácia das terapias em grupo, proponho suprimir o procedimento de código 38.036.02-9 Fonoterapia Grupal, da tabela de procedimentos do SIA.

Considerando que a terapia fonoaudiológica é fundamental para a adaptação dos AASI, principalmente em crianças, sugiro desdobrar o procedimento de código 38.036.00-2 Fonoterapia Individual em terapia para criança e adulto, levando em consideração os seguintes parâmetros: 08 sessões para crianças e 04 sessões para adultos.

Pocedimento

Nova Redação

38.036.00-2 Fonoterapia Individual (por sessão, duas vezes por semana, com duração mínima de 60 minutos). Consiste na realização de exercícios fonoarticulatórios para o desenvolvimento dos parâmetros de fala e linguagem, treinamento auditivo da audição residual e das habilidades auditivas.

38.036.02-9 Fonoterapia Grupal (máximo de quatro pessoas por sessão, duas vezes por semana, com duração mínima de 90 minutos). Consiste na realização de exercícios fonoarticulatórios para o desenvolvimento dos parâmetros de fala e linguagem, treinamento auditivo da audição residual e das habilidades auditivas.

39.011.03-8 Terapia fonoaudiológica individual em criança. Consiste na avaliação e reabilitação de crianças nos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução. Duração mínima de 45 minutos.

39.011.04-6 Terapia fonoaudiológica individual em adulto. Consiste na avaliação e reabilitação de adultos nos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução. Duração mínima de 45 minutos.

Justificativa:

Os procedimentos de seleção de modelo de AASI (criança e adulto) têm a mesma finalidade; isto é, selecionar o tipo e a melhor tecnologia dos aparelhos que se adaptem ao paciente, independente de ser criança ou adulto; por isso, proponho sua aglutinação.

Pocedimento

Nova Redação

38.033.01-1 Seleção de modelo de AASI em Criança (entre vários modelos). Constitui em pré-modelagem auricular – com confecção de molde: 04 (quatro) teste de AASI, incluindo audiometria em campo livre ou audiometria com reforço visual, avaliação do ganho de inserção, teste de percepção da fala e indicação do AASI.

38.033.02-0 Seleção de modelo de AASI em Adultos (entre vários modelos). Constitui em pré-modelagem auricular – com confecção de molde, levantamento das características do AASI: 04 (quatro) teste de AASI, incluindo audiometria em campo livre ou , audiometria com reforço visual: avaliação do ganho de inserção, teste de percepção da fala e indicação do AASI

39.012.01-8 Seleção e verificação do benefício do AASI. Consiste na realização da pré-moldagem e confecção do molde auricular personalizado. Seleção das características eletroacústicas do aparelho e testes para verificação do benefício fornecido pelo AASI. Mínimo de três marcas diferentes.

Justificativa:

Considerando o elevado número de aparelhos auditivos, representando um gasto de 84,54% do total de recursos destinado ao atendimento às pessoas portadoras de deficiência auditiva, conforme demonstrado no capítulo III, e os critérios estabelecidos pela Academia Brasileira de Audiologia para o fornecimento desses aparelhos, a nova nomenclatura, proposta para os AASI baseia-se, por tipo de tecnologia: Tipo A (baixa); Tipo B (média) e Tipo C (alta). Nos tipos A e B, enquadram-se os AASI relacionados na Portaria nº 432 como analógicos e os analógicos programáveis e, no Tipo C, os digitais, como por exemplo:

38.034.01-8 AASI Externo, Com Aparelho Convencional Unitário Consiste na adaptação do aparelho convencional em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	39.021.13-0 AASI externo de condução óssea convencional tipo A. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo convencional, adaptado por via óssea, incluindo vibrador ósseo, arco e cabo em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos
38.034.02-6 AASI Externo, Com Amplificador Retro - Auricular Analógico, Unitário. Consiste na adaptação do aparelho retro auricular em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	39.021.01-7 AASI externo retroauricular tipo A. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo retroauricular em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.
38.034.03-4 AASI Externo Com Amplificador Retro – Auricular Digital (Unitário). Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	39.021.02-5 AASI externo retroauricular tipo B. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo retroauricular em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.
38.034.04-2 AASI Externo Com Amplificador Retro – Auricular Analógico Programável (Unitário). Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos	39.021.03-3 AASI externo retroauricular tipo C. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo retroauricular em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.

LAUDO PARA EMISSÃO DE APAC

Justificativa:

O laudo de emissão de APAC definido pela Portaria 432 é carente de informações, com um campo de “justificativa dos procedimentos” manuscrita, não seguindo determinada padronização e com apenas a exigência do CID10 (principal) e do CPF, nome, assinatura e carimbo do profissional otorrinolaringologista.

Para substituir o laudo anterior, proponho um novo modelo de laudo, com base nas informações referentes à deficiência auditiva, descritas no capítulo II e as informações analisadas no capítulo III, em relação ao atendimento das pessoas portadoras de deficiência auditiva, no SUS, ano 2002.

Nessa proposta, procurei condensar as informações mais significativas para o atendimento das pessoas portadoras de deficiência auditiva visando à ampliação e o aprimoramento das informações emitidas pelo Banco de Dados Nacional do SIA/SUS, assim como a padronização das informações para esse Banco de Dados.

Justificar a solicitação de emissão de APAC de deficiência auditiva, para a realização dos procedimentos principais, tais como: avaliação para o diagnóstico e para o diagnóstico diferencial; reavaliações diagnóstica; seleção e adaptação de AASI; tipos de AASI; reposição de AASI acompanhamentos e as terapias:

Pocedimento

Inclusão de campos para o registro do CPF, nome, assinatura e carimbo do profissional fonoaudiólogo.

Nova Redação

Considerando que os fonoaudiólogos fazem parte da equipe que atendem as pessoas portadoras de deficiência auditiva e são tão importantes quanto os otorrinolaringologistas, nesse tipo de atendimento, principalmente os que têm título de especialização ou experiência na área de audiologia, proponho a inclusão desses campos.

Inclusão de campos para assinalar os sinais e sintomas:

Dificuldade Auditiva:

Unilateral; Bilateral;

Flutuante; Estável;

Progressiva;

Com Zumbido; Com Tontura.

Perda da Audição:

Unilateral; Bilateral;

Progressiva;

Em uso de AASI.

Inclusão de campos para assinalar a provável etiologia da perda de audição:

1) Desconhecida; Genética; Uso de Ototóxicos; Otite Média Crônica; Mal Formação da Cabeça e Pescoço; Otosclerose; Presbiacusia; Traumatismo Crânio Encefálico

2) Causas Perinatais:

Baixo Peso; Prematuridade; Hiperbilirrubinemia; Anóxia.

3) Doenças Infecciosas:

Meningite; Sarampo; Caxumba; Rubéola Congênita Toxoplasmose.

Inclusão de campos para assinalar a caracterização da perda auditiva:

Caracterização da perda auditiva:

Tipo:

Neurosensorial; Condutiva;

Mista;

Central.

Grau:

Normal; Leve; Moderada;

Profunda; Severa.

Inclusão de campos para assinalar os motivos de reposição de AASI:

- 1) Roubo;
- 2) Falha Técnica do AASI (findo o prazo de garantia)

A proposta de inclusão dos campos relacionados à dificuldade auditiva; provável causa da perda de audição; caracterização da perda de audição; tipos e tecnologias das próteses auditivas e os motivos de reposição de AASI, tem as seguintes finalidades:

- a) Padronizar as informações;
- b) Facilitar o preenchimento do laudo;
- c) Caracterizar a dificuldade auditiva e permitir o diagnóstico diferencial com relação a outras patologias que afetam o ouvido.
- d) Facilitar a avaliação clínica e audiológica;
- e) Possibilitar a realização de diagnóstico diferencial das perdas auditivas e outras patologias, como por exemplo: as Otites e as labirintites;
- f) Permitir ao fonoaudiólogo assinalar os tipos de aparelhos que melhor se adaptam a cada paciente;
- g) Justificar perante o autorizador a solicitação de aparelhos de alta tecnologia
- h) Justificar perante o autorizador a solicitação de procedimentos de Reposição de AASI.

A análise dessas informações permitirá, aos gestores do SUS, melhor planejamento das ações de prevenção e de assistência, além de subsidiar a realização de estudos científicos e assistenciais por parte dos profissionais de saúde.

O registro das informações propostas, aliadas a outras, emitida pelo SIA, conforme visto no capítulo III, e o cruzamento de informações disponíveis pelas diversas fontes de dados existentes permitirá aos gestores do SUS, análises qualitativa e quantitativa da assistência prestada, no país, no que diz respeito aos portadores de deficiência auditiva, conforme preconiza a Política Nacional de Pessoas Portadoras de Deficiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, abordei a evolução do Sistema de Informações Ambulatoriais, que resultou no subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo. Para alcançar os objetivos da pesquisa, também se tornou necessário apresentar os dados dos atendimentos realizados às pessoas portadoras de deficiência auditiva, no Sistema Único de Saúde, no âmbito ambulatorial, em 2002. Em termos genéricos, animou-me o desejo de contribuir para a revisão da Portaria MS/SAS 432/2000, qualificação da assistência e melhoria da qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência auditiva.

Ao longo da análise, ficou claro que a Portaria MS/SAS nº 432/2000 representou considerável avanço para o atendimento às pessoas portadoras de deficiência auditiva, uma vez que incluiu no subsistema de APAC-SIA/SUS os registros dos atendimentos realizados para esse grupo populacional, no âmbito ambulatorial, a partir de abril de 2001. Entre outras vantagens, possibilitou a identificação dos atendimentos realizados a esse grupo populacional.

No entanto, os dados obtidos por meio desse subsistema de APAC-SIA foram somente em relação às pessoas atendidas (45.885), no SUS, ano 2002. Essa limitação está vinculada ao segundo objetivo da pesquisa, que se orientou para analisar em que medida as informações fornecidas pelo subsistema de APAC permitiriam avaliar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, no que diz respeito aos portadores de deficiência auditiva.

No desenvolvimento da pesquisa, ficou evidente que o Ministério da Saúde conta hoje com expressivo conjunto de dados, quase todos informatizados e de abrangência nacional, que estão à disposição dos gestores do Sistema Único de Saúde. Entretanto, as diretrizes de financiamento do setor saúde e as escolhas tecnológicas vinculadas aos atuais sistemas de informações determinam um universo de informações fragmentadas e a existência de várias lacunas. O baixo uso das informações, principalmente as relacionadas ao atendimento, no âmbito ambulatorial, impede a melhoria da qualidade das ações assistenciais.

A análise dos dados obtidos por intermédio do Banco de Dado Nacional do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA, apresentada no capítulo III, referente ao atendimento às pessoas portadoras de deficiência auditiva, realizada no SUS, ano 2002,

demonstrou aspectos importantes, considerados nas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de deficiência, tais como:

- a) *Em relação à assistência integral à saúde das pessoas portadoras de deficiência auditiva*, constata-se que a atenção à saúde dessa população não é realizada de forma integral, pois, não observa os princípios da descentralização, regionalização e hierarquização;
- b) *Em relação à organização e funcionamento dos serviços*, fica evidente a ausência de organização de rede de serviços de saúde para atendimento às pessoas portadoras de deficiência auditiva, nos diversos níveis de complexidade;
- c) *Com referência aos mecanismos de informação*: constatam-se a ausência de informações para análises qualitativas relacionadas às ações de saúde desenvolvidas para a população portadora de deficiência auditiva, no âmbito do SUS, principalmente aquelas realizadas no nível de assistência ambulatorial.

Apesar das limitações identificadas nesta pesquisa, a busca de informações de interesse gerencial, realizada no Banco de Dados do SIA, no ano de 2002 permitiu:

- Caracterizar o perfil dos atendimentos às pessoas portadoras de deficiência auditiva, destacando aspectos importantes como consultas, tipos de exames, seleção dos modelos de AASI e os tipos de aparelhos auditivos fornecidos;
- Identificar os serviços de saúde (públicos e privados), a sua produção de serviços e os gastos com a assistência ambulatorial destinada aos portadores de deficiência auditiva;
- Verificar a baixa cobertura em relação ao atendimento às pessoas portadores de deficiência auditiva, (1,12%);
- Constatar que a oferta de serviços de saúde distribuída por Estado e macro região apresenta-se de forma bastante desigual, concentrando-se nas Regiões Sudeste e Sul;
- Detectar ausência de rede integrada, com atendimento às pessoas portadoras de deficiência auditiva, somente em serviços de alta complexidade;
- Constatar que, nos estados de Tocantins e da Paraíba, há registros de atendimentos às pessoas portadoras de deficiência auditiva. No

entanto, nesses estados não há qualquer registro de estabelecimento de saúde cadastrado;

- Verificar a ausência de registros de consultas para diagnóstico e seleção de modelos de AASI, nos estados do Acre, Tocantins e Paraíba. Apesar dessa lacuna, esses estados têm registro de fornecimentos de AASI;
- Identificar o elevado gasto com atendimentos às pessoas portadoras de deficiência auditiva: R\$ 51.799.451,75 (cinquenta e um milhões, setecentos e noventa e nove mil, quatrocentos e cinquenta e um reais e setenta e cinco centavos);
- Constatar a necessidade de desenvolvimento de ações de controle e de avaliação por parte dos gestores do SUS, nas três esferas de governo, federal, estadual e municipal.

Neste contexto, o primeiro objetivo: analisar os procedimentos referentes ao atendimento às pessoas portadoras de deficiência auditiva, no Brasil, a partir do cadastro de estabelecimentos de saúde e da consolidação da produção ambulatorial, no ano 2002, foi alcançado.

A pesquisa permitiu concluir que o registro correto e completo da informação é indispensável, particularmente quando se deseja acompanhar e avaliar a qualidade das ações que desenvolvidas na atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência. Com a proposta apresentada no capítulo IV, tendo em vista a reformulação da Portaria MS/SAS nº 432/00 e a inclusão de campos destinados ao registro das informações no laudo para emissões de APAC de deficiência auditiva, alcançamos o terceiro objetivo:

- Elaborar uma proposta de reformulação da Portaria MS/SAS nº 432, de 14 de novembro de 2000, visando à ampliação e o fortalecimento dos mecanismos para o registro das informações, que possibilitem o acompanhamento e a avaliação da assistência à pessoa portadora de deficiência auditiva, no SUS.

A longo deste trabalho, em discussões realizadas em reuniões com profissionais otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos, foi destacada a importância da elaboração dos seguintes documentos: (a) diretrizes para o fornecimento de aparelhos de amplificação sonora individual; (b) formulário de informações sobre indicação/adaptação de aparelhos; (c) formulário de informações sobre acompanhamento de pacientes com aparelhos; (d) alteração da redação dos procedimentos constantes no anexo I da Portaria MS/SAS nº 432/00.

Ao término desta pesquisa, considero pertinente dizer que, para a implementação da proposta de reformulação da Portaria MS/SAS nº 432/00 apresentada no capítulo IV, torna-se urgente e muito relevante a organização e implantação de Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva, visando garantir assistência integral às pessoas portadoras de deficiência auditiva nos diversos níveis de complexidade de atenção à saúde, conforme estabelecido pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e na proposta apresentada.

A organização dessa rede de atenção poderá assentar-se na estrutura existente; porém, adotando um modelo regionalizado e hierarquizado, que consiga articular as necessidades da população ao volume de recursos disponíveis e permitir completa cobertura assistencial. Com essa proposta, almeja-se que, com o tempo, todo indivíduo tenha um serviço de saúde de “primeira escolha” como sua “porta de entrada” ao SUS; e que, tendo que utilizar outros níveis de atenção, retorne para o acompanhamento pelo serviço de atenção básica, ao qual está vinculado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

ALBERTI, P. W. The prevention of hearing loss worldwide. **Scand Audiol**, n. 5, Supl., n. 42, p. 15-9, 1996.

AZEVEDO, M. F. Programa de prevenção e identificação precoce dos distúrbios da audição. In: SCHOCHAT, E. (org). **Processamento auditivo**. São Paulo: Lovise, 1996, p. 75-105. (Atualidades em Fonoaudiologia, 2).

BIELER, R. B. **Ética e legislação**: os direitos das pessoas portadoras de deficiência no Brasil. Rio de Janeiro: Comissão de Assistência ao Excepcional do Rotary Clube do Rio de Janeiro, 1990.

BRANT, L. J; FOZARD, J. L. Age changes in pure-tone hearing thresholds in a longitudinal study of normal human aging. **J Acoust Soc Am**, N. Y; n. 88, p. 813–20, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Área Técnica de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS nº 224 de 13 de agosto de 2003. Determina a constituição dos procedimentos, na Tabela do SIA/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 . ago. 2003b. Nº 156, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de Dados**: MS/DATASUS-SIA/SUS, 2002. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 95. Aprova Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002 de 27 de fevereiro de 2002. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 fev. 2002b. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1060 de 05 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 jun. 2002c. Seção 1, p. 21.

BRASIL. (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil** – texto constitucional de 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de nº 1 a 6, de 1992, a 32, de 2001, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de nº 1 a 6, de 1994. 17. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 627 de 26 de abril de 2001. Definição de Procedimentos de Alta Complexidade do Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 maio, 2001b. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 511. Aprovar a Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde - FCES, o Manual de Preenchimento e a planilha de dados profissionais constantes dos anexos I, II, III, desta Portaria, bem como a criação do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 jun. 2002c. Seção 1, p. 7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS nº 432 de 14 de novembro de 2000. Regulamenta os procedimentos de diagnóstico e acompanhamento de pacientes com deficiência auditiva, bem como a concessão de próteses auditivas publicado no Diário Oficial da União, nº 221-E, de 17 de novembro de 2000, Seção I, p. 36. Republicada no **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, dez. 2000. E, Seção 1, p. 126.

BRASIL. Decreto Federal 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 dez. 1999a. Seção 1, p. 126.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. **Atenção à pessoa portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS nº 492 de 26 de agosto de 1999. Descentralização da Confecção de APAC para os Estados. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 ago. 1999c. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Portaria. GM/MS nº 1.230 de 14 de outubro de 1999. Implanta no SIA/SUS a tabela de procedimentos com estrutura de codificação de 08 dígitos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 out. 1999d. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Portaria. MS/GM nº 2.043 de 11 de outubro de 1996 Implantação da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 out. 1999e. Seção 1, p. 20.798.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual de Especificação Técnica do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS/DATASUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992a.

BRASIL. Ministério da Ação Social. Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência. **Política Nacional de Prevenção de Deficiências**. Brasília: Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência, 1992b.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18.055-18.059.

CAMPOS, M. R. et. al. Proposta de Integração de Dados dos Sistemas de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) para pesquisa. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 9, n. 9, p. 51-58, 2000

CARVALHO, D. M. Grandes Sistemas Nacionais de Informação em Saúde: revisão e discussão da situação atual. **Informe Epidemiológico do SUS**, n. 4, p. 7-45, out/dez, 1997.

ENCONTRO NACIONAL COM PROCURADORES DA REPÚBLICA E DE JUSTIÇA-1993, São Paulo. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1993.

CRUZ, O. L. M; COSTA, S. S. Disacusias neurossensoriais agudas. In: _____ **Otorrinolaringologia: princípios e práticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 214-14.

FERREIRA JUNIOR, M. **Perda Auditiva Induzida por Ruído: bom senso e consenso**. São Paulo: VK, 1998.

FREEMAN, R. D. **Seu Filho não Escuta?** Um guia para todos que lidam com crianças surdas. Brasília: Coordenação Nacional para Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência, 1999.

GERBER, S. E. Review of a high register for congenital or early-onset deafness. **J Audio**, Brasil, n. 24, p. 347-56, out. 1990.

HUNGRIA, H. **Otorrinolaringologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Brasília: IBGE, 2000.

JCIH-JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING, 1994 – Position Statement. **Audiology Today**, N. Y: Gower Medical Publishing, n. 6, p. 6-9, 1994.

LUCAS, V. S: **Os Sistemas de Informações Assistenciais do SUS: oferecendo subsídios para a construção de um sistema único e integrando as informações**. 2002. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração de Saúde; Gestão de Sistemas de Saúde) - Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

MAIOR, I. M. M. L. Políticas públicas sociais para as pessoas portadoras de deficiência no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo: CEBRAP, n. 7, p.31-37, 1997.

MARTIN, A. Causas de surdez na criança. In: BALLANTYNE, J; MARTIN, M. C; MARTIN, A. **Surdez**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MARTINEZ, M. A. S. **Considerações sobre as chamadas “dificuldades da aprendizagem” em crianças deficientes auditivas**. 1991. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia). - Pontifícia Universidade Católica. São Paulo, 1991.

MENDES, E. V. As políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a construção da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. In: _____ **Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

MORAES, I. H. S. **Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

NORTHEM, J; DOWNS, M. P. **Hearing in Children**. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991.

NUDELMANN, A. **PAIR-Perda Auditiva Induzida pelo Ruído**. In: COSTA, E. A. da (org.); SELIGMAN, J. et. al. Porto Alegre: Bagagem Comunicação Ltda, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de las deficiências actividades e participación: un manual de las dimensiones de la habilitación e su funcionamiento**. Ginebra, 1997. (Versão preliminar).

RANDOLPH, R. Planejamento Urbano e Regional, Análise Territorial e Sistemas de Informações Geográficas. In: NAJAR, A. L. (org). **Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998

RIBAS, J. B. C. **O que são Pessoas Deficientes**. São Paulo: Nova Cultura, Brasiliense, 1985.

RUSSO, I.C.P; SANTOS, T.M.M dos. **Prática da Audiologia Clínica**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

SANTOS, T. M. M. **A evolução da Audição em Crianças Deficientes Auditivas por Meningite Bacteriana**. 1994. Tese (Doutorado em Distúrbios da Comunicação) - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1994.

SANTOS, T. M. M. Esclerose Múltipla e Meningite Bacteriana: conseqüências auditivas e audiologia. In: LICHTIG, I; CARVALHO, R. M. **Audição: abordagens atuais**. São Paulo: Pró-Fono, 1997. p. 239-67.

SILMAN, S; SILVERMAN, C. A. **Auditory Diagnosis: principles and applications**. London: Singular, 1998.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALMEIDA, MÁRCIA F. **Algumas Considerações sobre os Sistemas de Informação em Saúde da França e do Brasil**. Informe Epidemiológico do SUS, V nº 4, out/dez de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Controle e Avaliação de Serviços de Saúde. **Manual do Sistema de Informações Ambulatoriais**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Reduzindo as Desigualdades e Ampliando o Acesso à Assistência à Saúde no Brasil 1998-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, (série B. Textos Básicos de Saúde), 216 p.

BRASIL. Federação Nacional das APAEs. **Legislação Comentada para Pessoas Portadoras de Deficiência e Sociedade Civil Organizada**. Brasília: Ministério da Justiça, dezembro de 2001, 347 p.

LEWIS, D. R. **As habilidades auditivas do Recém – Nascido e a Triagem Auditiva Neonatal**. Fonoaudiologia em Berçário Normal e de Risco. Atualidades em Fonoaudiologia, 6 (1) 149-168, Editora Losive, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS nº 224 de 13 de agosto de 2003. Modifica a composição da estrutura da Tabela de Procedimento do SIA/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília DF, 14 de agosto de 2003, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.043 de 11 de outubro de 1996. Implantação da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília DF nº 199, 14 de outubro de 1996, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência . Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde. **Planejamento e Organização de Serviços**. Brasília, DF, 1995. p. 48.

BRASIL. Ministério da Ação Social. Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência; Conselho Consultivo. **Subsídios para Planos de Ação dos Governos Federal e Estadual na Área de Atenção ao Portador de Deficiências**. Brasília, DF, CORDE, 1994.

MORAES, I. H.S. e SÍLVIA R. FONTOURA RANGEL DOS SANTOS, Informações em Saúde. **Os Desafios Continuam**. Revista Ciência e Saúde Coletiva III (1) 1998.

ANEXO I

PORTARIA N.º 432 DE 14 DE NOVEMBRO DE 2000(*)

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando ser do âmbito ambulatorial o diagnóstico e o acompanhamento de pacientes com deficiência auditiva, e

Considerando a importância social das conseqüências da deficiência auditiva e a necessidade de ampliação do universo de concessão de aparelhos de amplificação sonora individuais - AASI aos pacientes em tratamento pelo Sistema Único de Saúde – SUS, resolve:

Art. 1º - Excluir da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS, o grupo de procedimento e os procedimentos abaixo relacionados:

Grupo 61.121.01-4 Acompanhamento de Pacientes Excepcionais, Crianças com Deficiência Auditiva, Unilateral ou Bi Lateral com Aparelho (s) Auditivo (s), Adaptado (s) ou sem Aparelho(s) e ou Portadores de Lesões Labiopalatais;

62.003.02-0 Acompanhamento e Avaliação de Portadores de Lesões Labiopalatais e/ou Criança com Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral com Aparelho(s) Auditivo(s) Adaptado(s) ou sem Aparelho(s).

Grupo 62.122.01-0 Acompanhamento e Avaliação de Deficiente Auditivo com Implante Coclear;

62.005.02-2 Acompanhamento e Avaliação de Deficiente Auditivo com Implante Coclear;

99.004.01-1 BERA – Potencial Evocado de Tronco Cerebral;

99.004.03-8 Emissões Otoacústicas;

99.004.05-4 Seleção de Modelo de AASI.

Art. 2º - Excluir da Relação de Órtese e Prótese e Materiais Especiais (ROPM), os procedimentos abaixo relacionados:

93.485.01-8 AASI Externo, com Amplificador de Bolso;

93.485.02-6 AASI Externo, com Amplificador Retro - Auricular Analógico;

93.485.03-4 AASI Externo, com Amplificador Retro - Auricular Digital;

93.485.04-2 AASI Externo, com Vibrador Ósseo;

93.485.05-0 AASI Intra - Auricular;

93.485.06-9 AASI Intra - canal;

93.485.07-7 AASI Microcanal;

99.004.09-7 Fonoterapia para Paciente com Protetização

99.802.22-8 Fonoterapia em Grupo para Paciente com Protetização.

Art. 3º - Excluir da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde SIA/SUS, os procedimentos abaixo discriminados:

21.011.01-0 Prótese Auditiva com Amplificador Retro ou Intra Auricular;

21.011.02-8 Prótese Auditiva Intra - Canal.

Art. 4º - Incluir nas Tabelas de Serviço e de Classificação de Serviço do SIA/SUS, os seguintes códigos:

Tabela de Serviço

Código	Descrição
27	Serviço de Diagnose / Terapia em Otorrinolaringologia

Tabela de Classificação do Serviço 27

Código	Descrição
114	Unidade com serviço próprio de Diagnose/Terapia em Otorrinolaringologia, especializada em Audiologia Clínica, contendo salas equipadas com Cabine Acústica e Sistema de Campo Livre para realização de exames: Audiometria, Impedanciometria, BERA, Emissões Acústicas, Audiometria de Reforço Visual, Testes de Percepção de Fala, Logaudiometria, Seleção e Indicação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI).

Art. 5º - Incluir na Tabela de Procedimentos do SIA/SUS os procedimentos constantes do Anexo I, desta Portaria.

Art.6º - Incluir no Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC-SIA, os procedimentos definidos no Anexo I, desta Portaria e regulamentar a utilização dos formulários/instrumentos abaixo discriminados:

- Laudo Médico/Técnico para Emissão de APAC de Deficiência Auditiva (Anexo II). Documento que justifica, perante o órgão autorizador, a solicitação dos procedimentos devendo ser corretamente preenchido pelo profissional responsável pelo paciente. O Laudo Médico/Técnico será preenchido em duas vias, sendo a 2ª via encaminhada juntamente com a APAC-I/Formulário para a Unidade onde será realizado o procedimento e a 1ª via arquivada no órgão autorizador;

- APAC-I/Formulário (Anexo III). Documento destinado a autorizar a realização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo, devendo ser preenchida em duas vias pelos autorizadores. A 2ª via ficará arquivada na Unidade Prestadora de Serviço UPS, onde será realizado o procedimento e a 1ª via arquivada no órgão autorizador;

- Controle de Frequência Individual (Anexo IV). Documento destinado a comprovar, por meio da assinatura do paciente ou seu responsável, a realização do procedimento. Será preenchido em uma via e encaminhado pela Unidade Prestadora de Serviço (UPS) ao órgão da Secretaria de Saúde, responsável, pela revisão técnica no final de cada mês;

- APAC-II/Meio Magnético - Instrumento destinado ao registro de informações, identificação de paciente e cobrança dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo.

§ 1º - Os gestores estaduais/municipais poderão estabelecer Lay Out próprio do Laudo Médico e definir outras informações complementares que se fizerem necessárias, desde que mantenham as informações estabelecidas no Lay Out desta Portaria;

§ 2º - A confecção e distribuição da APAC-I/Formulário é de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, de acordo com a PT SAS/MS n.º 492 de 26 de agosto de 1999;

§ 3º - Somente os profissionais médicos, não vinculados à rede SUS como prestadores de serviços poderão ser autorizadores.

Art. 7º - Estabelecer que permanece a utilização do número do Cadastro de Pessoa Física/Cartão de Identidade do Contribuinte – CPF/CIC, para identificar os pacientes que necessitam realizar procedimentos definidos no anexo I desta Portaria. Não é obrigatório o seu registro para os pacientes que até a data da realização do procedimento não possuam esta documentação, pois, os mesmos serão identificados nominalmente.

Art. 8º - Determinar que as unidades que vierem integrar-se ao SIA/SUS para a realização dos procedimentos definidos no anexo I desta Portaria deverão seguir as normas estabelecidas nesta Portaria.

Art. 9º - Definir que a APAC-I/Formulário será emitida somente para a realização dos procedimentos abaixo relacionados (Procedimento Principal) e terá validade de até 03 (três) competências:

38.031.01-9 Diagnóstico de Deficiência Auditiva de Caso Unilateral/Bilateral (máximo 01/ano/criança ou adulto);

38.031.02-7 Acompanhamento e Avaliação de Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral de Criança Adaptada com 01 ou 02 AASI. Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto Emissões Otoacústicas e BERA (máximo 03/ano);

38.031.03-5 Acompanhamento e Avaliação de Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral de Adulto Adaptado com 01 ou 02 AASI. Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto Emissões Otoacústicas e BERA(máximo 02/ano);

38.031.04-3 Acompanhamento e Avaliação de Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral de Criança não Adaptada com 01 ou 02 AASI. Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto Emissões Otoacústicas e BERA (máximo 03/ano);

38.031.05-1 Acompanhamento e Avaliação de Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral de Adulto não Adaptado com AASI. Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto Emissões Otoacústicas e BERA (máximo 02/ano);

38.031.06-0 Acompanhamento e Avaliação de Deficiência Auditiva Bilateral em Criança com Implante Coclear. Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto Emissões Otoacústicas e BERA (máximo 04/ano);

38.031.07-8 Acompanhamento e Avaliação de Deficiência Auditiva Bilateral de Adulto com Implante Coclear. Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto Emissões Otoacústicas e BERA (máximo 03/ano);

38.031.08-6 Acompanhamento e Avaliação de Portadores de Lesões Labiopalatais e/ou Criança com Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral com Aparelho(s) Auditivo(s) Adaptado(s) ou sem Aparelho(s). Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto Emissões Otoacústicas e BERA (máximo 03/ano);

38.031.09-4 Acompanhamento e Avaliação de Portadores de Lesões Labiopalatais e/ou Adulto com Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral com Aparelho(s) Auditivo(s) Adaptado(s) ou sem Aparelho(s). Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto Emissões Otoacústicas e BERA (máximo 02/ano);

38.034.01-8 AASI Externo Com Aparelho Convencional, Unitário. Consiste na adaptação do aparelho convencional em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.034.02-6 AASI Externo Com Amplificador Retro Auricular Analógico, Unitário. Consiste na adaptação do aparelho retro auricular em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.034.03-4 AASI Externo Com Amplificador Retro – Auricular Digital, Unitário. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.034.04-2 AASI Externo Com Amplificador Retro – Auricular Analógico Programável (Unitário). Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.034.05-0 AASI Externo com Amplificador Intra – Auricular Analógico, Unitário. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.034.06-9 AASI Externo com Amplificador Intra – Canal, Unitário. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.034.07-7 AASI Externo Com Amplificador Intra – Auricular Analógico Programável (Unitário). Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos(máximo 02);

38.034.08-5 AASI Externo Com Amplificador Intra – Canal Analógico (Unitário). Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos(máximo 02);

38.034.09-3 AASI Externo Com Amplificador Intra – Canal Digital (Unitário). Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.034.10-7 AASI Externo Com Amplificador Intra – Canal Analógico Programável (Unitário). Consiste na adaptação do em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.034.11-5 AASI Externo Com Amplificador Microcanal Analógico (Unitário). Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.034.12-3 AASI Externo Com Amplificador Micro - Canal Digital (Unitário). Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.034.13-1 AASI Externo Com Amplificador Micro - Canal Analógico Programável (Unitário). Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.034.14-0 AASI Externo Com Vibrador Ósseo (Unitário). Consiste na adaptação do aparelho convencional em pacientes portadores de malformação de pavilhão com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.035.01-4 Reposição de AASI Externo, com Aparelho Convencional, Unitário. Consiste na adaptação do aparelho convencional em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.035.02-2 Reposição de AASI Externo, com Amplificador Retro - Auricular Analógico, Unitário. Consiste na adaptação do aparelho retro auricular em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.035.03-0 Reposição de AASI Externo com Amplificador Retro – Auricular Digital, Unitário. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.035.04-9 Reposição de AASI Externo com Amplificador Retro – Auricular Analógico Programável, Unitário. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.035.05-7 Reposição de AASI Externo com Amplificador Intra – Auricular Analógico, Unitário. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.035.06-5 Reposição de AASI Externo com Amplificador Intra – Auricular Digital, Unitário. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.035.07-3 Reposição de AASI Externo com Amplificador Intra – Auricular Analógico Programável, Unitário. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.035.08-1 Reposição de AASI Externo com Amplificador Intra – Canal Analógico, Unitário. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.035.09-0 Reposição de AASI Externo com Amplificador Intra – Canal Digital, Unitário. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.035.10-3 Reposição de AASI Externo com Amplificador Intra – Canal Analógico Programável, Unitário. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.035.11-1 Reposição de AASI Externo com Amplificador Micro - canal Analógico, Unitário. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.035.12-0 Reposição de AASI Externo com Amplificador Micro - Canal Digital, Unitário. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.035.13-8 Reposição de AASI Externo com Amplificador Micro - Canal Analógico Programável, Unitário. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

38.035.14-6 Reposição de AASI Externo com Vibrador Ósseo, Unitário. Consiste na adaptação do aparelho convencional em pacientes portadores de malformação de pavilhão com diagnóstico e indicação concluídos (máximo 02);

Art. 10 - Definir que a cobrança dos procedimentos autorizados na APAC-I/Formulário será efetuada somente por meio de APAC-II/Meio Magnético, da seguinte forma:

§ 1º - APAC-II/Meio Magnético Inicial - abrange o período a partir da data de início da validade da APAC-I/Formulário até o último dia do mesmo mês;

§ 2º - APAC-II/Meio Magnético de Continuidade – Abrange o 2º e 3º mês subsequentes a APAC-II/Meio Magnético inicial.

Art. 11 - Definir que a cobrança do procedimento de código 38.031.01-9 Diagnóstico de Deficiência Auditiva de Caso Unilateral/Bilateral - máximo 01/ano/criança ou adulto (Procedimento Principal), será efetuada somente na APAC-II/Meio Magnético Inicial.

Art. 12 - Definir que os procedimentos abaixo relacionados são exclusivamente secundários e não necessitam de emissão de APAC- I/Formulário:

38.032.01-5 Potencial Evocado de Tronco Cerebral - BERA;

38.032.02-3 Emissões Otoacústicas;

38.033.01-1 Seleção de modelo de AASI em Criança (entre vários modelos). Consiste em pré moldagem auricular – com confecção de molde: 04 (quatro) teste de AASI, incluindo audiometria em campo livre ou audiometria com reforço visual, avaliação do ganho de inserção, teste de percepção da fala e indicação do AASI;

38.033.02-0 Seleção de modelo de AASI em Adultos (entre vários modelos), Consiste em pré moldagem auricular – com confecção de molde, levantamento das características do AASI: 04 (quatro) teste de AASI, incluindo audiometria em campo livre ou , audiometria com reforço visual: avaliação do ganho de inserção, teste de percepção da fala e indicação do AASI.

Art. 13 - Determinar que os procedimentos (secundários), descritos no artigo anterior, realizados em concomitância com outros procedimentos principais, serão cobrados mensalmente na APAC-II/Meio Magnético, de acordo com as compatibilidades e os limites de quantidades máximas permitidas:

§ 1º - Na APAC-I/Formulário autorizada para o código 38.031.01-9 Diagnóstico de Deficiência Auditiva de Caso Unilateral/Bilateral (máximo 01/ano) poderão ser cobrados os procedimentos abaixo relacionados:

38.032.01-5 Potencial Evocado de Tronco Cerebral - BERA (máximo 01/ano);

38.032.02-3 Emissões Otoacústicas (máximo 01/ano);

38.033.01-1 Seleção de Modelo de AASI em Criança (máximo 01/ano);

38.033.02-0 Seleção de Modelo de AASI em Adultos (máximo 01/ano).

§ 2º - Nas APAC-I/Formulário autorizadas para os procedimentos de Acompanhamento e Avaliação de Deficiente Auditivo Unilateral/Bilateral Criança ou Adulto poderão ser cobrados os procedimentos abaixo relacionados:

38.032.01-5 Potencial Evocado de Tronco Cerebral - BERA (máximo 03/ano/criança e 02/ano/adulto);

38.032.02-3 Emissões Otoacústicas (máximo 03/ano/criança e 02/ano/adulto).

§ 3º - Nas APAC-I/Formulário autorizadas para os procedimentos de Reposição de AASI Externo poderão ser cobrados os procedimentos abaixo relacionados:

38.032.01-5 Potencial Evocado de Tronco Cerebral - BERA (máximo 01/ano);

38.032.02-3 Emissões Otoacústicas (máximo 01/ano);

38.033.01-1 Seleção de Modelo de AASI em Criança (máximo 01/ano);

38.033.02-0 Seleção de Modelo de AASI em Adultos (máximo 01/ano).

§ 4 - Nas APAC-I/Formulário autorizadas para os procedimentos AASI Externo não poderão ser cobrados procedimentos secundários.

Art. 14 - Estabelecer que a cobrança dos procedimentos secundários descritos no § 1º do artigo 13, poderá ser efetuada na APAC-II/Meio Magnético Inicial ou de Continuidade.

§ 1 - Quando ocorrer a cobrança de procedimentos secundários na APAC-II/Meio Magnético Inicial, esta será efetuada junto com o procedimento principal;

§ 2º - Quando ocorrer a cobrança de procedimentos secundários na APAC-II/Meio Magnético de 1ª e 2ª Continuidade, não poderá ser cobrado o procedimento principal, este deverá ser registrado com a quantidade "00" e a APAC-II/Meio Magnético Inicial correspondente será fechada com o código 3.7 Diagnóstico em fase de conclusão, constante da "Tabela Motivo de Cobrança."

Art. 15 - Determinar que os Procedimentos de códigos 38.036.01-0 FonoTerapia Individual (por sessão) e 38.036.02-9 FonoTerapia Grupal (máximo de 04 pessoas por sessão) serão cobrados somente em Boletim de Produção Ambulatorial (BPA Formulário ou BPA Magnético).

Art. 16 - Definir que a APAC-II/Meio Magnético poderá ser encerrada com os códigos abaixo discriminados, de acordo com a Tabela de Motivo de Cobrança do SIA/SUS:

3.1 - Deficiência auditiva comprovada (utilizado para a indicação do AASI);

3.2 - Adaptação do AASI (utilizado para indicação do procedimento acompanhamento);

3.3 - Progressão da perda auditiva (utilizado para indicação de reposição do AASI);

3.4 - Falha técnica de funcionamento dos componentes internos e/ou externos do AASI (utilizado para indicação de reposição do AASI);

3.5 - Indicação para cirurgia com implante coclear;

3.6 - Audição normal;

3.7 - Diagnóstico em fase de conclusão (utilizado para cobrança dos procedimentos secundários);

4.1 - Paciente não compareceu para o tratamento;

6.3 - Alta por abandono do tratamento;

6.8 - Alta por outras intercorrências;

6.9 - Alta por conclusão do tratamento e/ou diagnóstico;

9.2 - Óbito não relacionado à doença.

Art. 17 – Definir que o valor dos procedimentos inclui todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames até a entrega dos resultados.

Art. 18 - Determinar que sejam destinados recursos de financiamento do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC para a realização dos procedimentos definidos no anexo I desta Portaria.

Art. 19 - Utilizar para o registro das informações dos procedimentos as Tabelas do Sistema APAC-SIA, abaixo relacionadas:

- Tabela Motivo de Cobrança (Anexo V);

- Tabela de Nacionalidade (Anexo VI).

Art. 20 - Definir que o Departamento de Informática do SUS/DATASUS, disponibilizará no BBS/DATASUS/MS área 38- SIA, o programa da APAC-II/Meio Magnético a ser utilizado pelos prestadores de serviço.

Art. 21 - Determinar que as Unidades Prestadoras de Serviço deverão manter arquivado a APAC-I/Formulário autorizada, o Relatório Demonstrativo de APAC-II/Meio Magnético correspondente e o resultado dos exames, para fins de consulta da auditoria.

Art. 22 - Estabelecer que é de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais, dependendo das prerrogativas e competências compatíveis com o nível de gestão, efetuarem o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria que permitam garantir o cumprimento desta Portaria.

Art. 23 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação com efeitos a partir da competência abril/2001, revogando-se as disposições em contrário.

RENILSON REHEM DE SOUZA

(*) Republicada por ter saído com incorreção, do original, no D.O nº 221-E, de 17 de novembro de 2000, Seção I, pág. 36.

ANEXO II

PROPOSTA PARA REFORMULAÇÃO DA PORTARIA MS/SAS Nº 432/00

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria GM nº 2.073, de 28 de setembro de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva;

Considerando a Portaria SAS/MS 587, de 07 de outubro de 2004, que determina a organização e a implantação de Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva;

Considerando que o pleno atendimento à pessoa portadora de deficiência auditiva depende da qualificação dos processos de avaliação diagnóstica, tratamento clínico,

seleção, adaptação e fornecimento de aparelhos de amplificação sonora individual, assim como acompanhamentos e terapia fonoaudiológica;

Considerando a necessidade de cadastramento dos serviços de saúde auditiva e suas respectivas classificações no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES e de definir os mecanismos para a operacionalização dos procedimentos de atenção à saúde auditiva no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, resolve:

Art. 1º Excluir a classificação de código 083 (reabilitação auditiva), do serviço/classificação de código 018 (reabilitação), da tabela de serviço/classificação do SIA/SUS.

Art. 2º Excluir, da tabela de procedimentos do SIA/SUS, os procedimentos relacionados no Anexo I desta, Portaria.

Art. 3º Excluir da tabela de motivo de cobrança da APAC do SIA/SUS, os códigos abaixo relacionados:

3.4 Falha técnica de funcionamento dos componentes internos e/ou externos do AASI (utilizado para indicação de reposição do AASI);

3.7 Diagnóstico em fase de conclusão (utilizado para cobrança dos exames BERA e Emissões Otoacústica).

Art. 4º Alterar, na forma abaixo definida, a redação dos códigos da tabela de motivo de cobrança da APAC do SIA/SUS:

2.1 Órtese, prótese e/ou meios auxiliares de locomoção dispensado dentro do período de validade da APAC;

2.2 Órtese, prótese e/ou meios auxiliares de locomoção não dispensado dentro do período de validade da APAC;

2.3 Órtese, prótese e/ou meios auxiliares de locomoção não dispensado (inadequação do equipamento);

3.1 Deficiência auditiva comprovada;

3.2 Adaptação do AASI;

3.3 Progressão da perda auditiva.

Art. 5º Alterar, na forma abaixo definida, a redação dos procedimentos do Grupo 17.000.00-9 (diagnoses), Subgrupo 17.080.00-2 (otorrinolaringologia), Nível de Organização 17.081.00-9 (audiologia/otologia), da tabela de procedimentos do SIA/SUS:

17.081.01-7 Logaudiometria (LDV, IRF, LRF);

17.081-16 -5 Imitanciometria (timpanometria, complacência estática e reflexo estapediano);

17.082.01-3 Audiometria tonal limiar (via aérea e via óssea);

17.082.03-0 Audiometria de reforço visual - VRA (via aérea e via óssea);

17.082.05-6 Audiometria em campo livre com pesquisa do ganho funcional;

17.082.06-4 Pesquisa do ganho de inserção (medida com microfone e sonda);

17.082.09-9 Emissões otoacústica evocadas transientes e produto de distorção – EOA

17.082.10-2 Potencial evocado auditivo de curta, média e longa latência.

Art 6º Alterar, na forma abaixo definida, a redação do procedimento de código 19.141.01-7, da tabela de procedimentos do SIA/SUS.

19.141.01-7 Atendimento a paciente que demandem cuidados intensivos de reabilitação visual.

Art 7º Alterar a redação do serviço de código 027 (otorrinolaringologia), da tabela de serviço/classificação do SIA/SUS que passa a ter a seguinte denominação:

Tabela de Serviço/Classificação

<i>Código</i>	<i>Descrição do Serviço</i>	<i>Código</i>	<i>Descrição da Classificação</i>
027	Atenção à Saúde Auditiva	001	Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação Auditiva na Média Complexidade.
		002	Diagnóstico Diferencial, Tratamento e Reabilitação Auditiva na Alta Complexidade.
		003	Terapia Fonoaudiológica.

Art. 8º Estabelecer que, para o credenciamento/habilitação de serviços de atenção à saúde auditiva e suas respectivas classificações, os gestores estaduais ou municipais deverão observar as disposições da Portaria SAS/MS 587, de 07 de outubro de 2004, que trata dos mecanismos para a organização e implantação desses serviços.

§ 1º Os estabelecimentos de saúde do tipo: policlínicas e hospital geral, que possuem serviço de atenção à saúde auditiva de média ou de alta complexidade deverão estar devidamente cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, com o código de serviço/classificação 027 (atenção à saúde auditiva) e suas respectivas classificações; estar credenciado pelo gestor estadual/municipal para prestar atendimento ao SUS e habilitado pelo gestor federal conforme determina a Portaria SAS/MS 587, de 07 de outubro de 2004, para poder realizar/cobrar os procedimentos definidos no Anexo II, desta Portaria.

§ 2º Os serviços de atenção à saúde auditiva de média ou de alta complexidade isolados, para prestar atendimento ao SUS, deverão ser cadastrados no CNES como tipo de estabelecimento de saúde clínica especializada/ambulatório de especialidade ou hospital especializado e com o serviço de código 027 (atenção à saúde auditiva) e suas respectivas classificações; estar credenciado pelo gestor estadual/municipal para prestar atendimento ao SUS e habilitado pelo gestor federal conforme determina a Portaria SAS/MS nº 587, de 07 de outubro de 2004, para poder realizar/cobrar os procedimentos definidos no Anexo II, desta Portaria.

§ 3º O serviço/classificação de código 027/003 poderá ser credenciado pelo gestor estadual/municipal em estabelecimento de saúde cadastrado no CNES, preferencialmente em estabelecimentos públicos, para atendimento dos pacientes referenciados pelos serviços de atenção à saúde auditiva de média ou de alta complexidade, podendo realizar somente os procedimentos do Anexo II, de códigos: 39.011.03-8 terapia fonoaudiológica individual em crianças e 39.011.04-6 terapia fonoaudiológica individual em adultos.

§ 4º Os estabelecimentos de saúde com serviço de atenção à saúde auditiva na média e na alta complexidade devem garantir a terapia fonoaudiológica às pessoas portadoras de deficiência auditiva, conforme determina a Portaria SAS/MS 587, de 07

de outubro de 2004, utilizando os códigos: 39.011.03-8 terapia fonoaudiológica individual em crianças e 39.011.04-6 terapia fonoaudiológica individual em adultos.

Art. 9º Determinar que os atuais estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES com o código de serviço/classificação 027/114 e credenciados pelos gestores estaduais ou municipais deverão se adequar às novas exigências da Portaria SAS/MS 587, de 07 de outubro de 2004.

Parágrafo Único – Os estabelecimentos de saúde que findo o prazo de 06 (seis) meses, a contar da data da publicação desta Portaria, não se adequarem às exigências da Portaria SAS/MS 587, de 07 de outubro de 2004, não poderão realizar/cobrar os procedimentos relacionados no Anexo II, desta Portaria.

Art. 10 Estabelecer, na forma do Anexo VIII desta Portaria, as compatibilidades do serviço/classificação de código 027 (atenção à saúde auditiva), com as categorias profissionais de saúde definidas pelo Ministério do Trabalho e Emprego, codificadas conforme tabela de classificação brasileira de ocupações (CBO/94).

Art. 11 Definir, na forma do Anexo II, desta, Portaria, o elenco de procedimentos de atenção à saúde auditiva.

Art. 12 Estabelecer que os procedimentos relacionados no Anexo II desta Portaria serão operacionalizados pelo Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC-SIA.

Art. 13 Regulamentar os formulários/instrumentos utilizados no subsistema de APAC-SIA:

1) Laudo para Solicitação de APAC de Deficiência Auditiva (Anexo III) - Documento que justifica, perante o órgão autorizador, a solicitação dos procedimentos, devendo ser corretamente preenchido pelo profissional responsável pelo paciente (médico otorrinolaringologista ou fonoaudiólogo).

- O Laudo será preenchido em duas vias, sendo a 2ª via encaminhada juntamente com a APAC-I/Formulário para o estabelecimento de saúde onde será realizado o procedimento e a 1ª via arquivada no órgão autorizador.

- Os gestores estaduais/municipais poderão estabelecer *Lay Out* próprio do laudo e definir outras informações complementares que se fizerem necessárias, desde que mantenham as informações estabelecidas no *Lay Out* desta portaria.

2) APAC-I/Formulário (Anexo IV) - Documento destinado a autorizar a realização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo e que possibilita a identificação do paciente e dos atendimentos prestados. Deve ser preenchida em duas vias pelos autorizadores. A 2ª via ficará arquivada no estabelecimento de saúde, onde será realizado o procedimento e a 1ª via arquivada no órgão autorizador.

- De acordo com a Portaria SAS/MS nº 492, de 26 de agosto de 1999, a confecção e distribuição da APAC-I/Formulário são de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde,

- As secretarias estaduais e as secretarias municipais de saúde, habilitadas na Gestão Plena do Sistema, poderão fazer a opção para a utilização do módulo autorizador estabelecido na Portaria Conjunta SE/SAS nº 23, de 21 de maio de 2004.

3) Controle de Frequência Individual (Anexo V) - Documento destinado a comprovar, por meio da assinatura do paciente ou seu responsável, a realização do procedimento. Será preenchido em uma via e encaminhado pelo estabelecimento de

saúde ao órgão da secretaria de saúde, responsável, pela revisão técnica no final de cada mês.

4) APAC-II/Meio Magnético. Instrumento que permite registrar e armazenar as informações contidas na APAC - I/Formulário e nos Laudos visando à cobrança dos procedimentos que necessitam de autorização prévia.

Art. 14 Determinar que os gestores estaduais/municípios deverão definir o órgão emissor/autorizador de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo - APAC (deficiência auditiva), conforme Portaria Conjunta SE/SAS nº 23, de 21 de maio de 2004, e designar o profissional fonoaudiólogo e médico otorrinolaringologista para as autorizações dos procedimentos relacionados no Anexo II, desta Portaria.

Art. 15 Estabelecer que de acordo com a Portaria SAS/MS nº 174, de 14 de maio de 2004, a partir de novembro de 2004, deverá ser utilizado o número do Cartão Nacional de Saúde – CNS para identificar os pacientes que necessitam realizar os procedimentos definidos no Anexo II, desta Portaria.

Art. 16 Definir que a APAC-I/Formulário será emitida somente para a realização dos procedimentos abaixo relacionados (procedimento principal) e terá validade de até 03 (três) competências:

39.011.01-1 Avaliação para diagnóstico de deficiência auditiva em paciente maior de três anos;

39.011.02-0 Avaliação para diagnóstico diferencial de deficiência auditiva

39.011.03-8 Terapia fonoaudiológica individual em criança;

39.011.04-6 Terapia fonoaudiológica individual em adulto;

39.011.05-4 Acompanhamento de paciente menor de três anos adaptado com AASI, unilateral ou bilateral;

39.011.06-2 Acompanhamento de paciente maior de três anos adaptado com AASI, unilateral ou bilateral;

39.011.07-0 Acompanhamento de paciente adulto adaptado com AASI, unilateral ou bilateral;

39.011.08-9 Reavaliação diagnóstica da deficiência auditiva em paciente maior de três anos com ou sem indicação do uso de AASI.

39.011.09-7 Reavaliação diagnóstica da deficiência auditiva em paciente menor de três anos, crianças e adultos com afecções associadas, com ou sem indicação do uso de AASI;

39.011.10-0 Acompanhamento de criança com implante coclear;

39.011.11-9 Acompanhamento de adulto com implante coclear;

39.012.01-8 Seleção e verificação do benefício do AASI;

39.021.01-7 AASI externo retroauricular tipo A;

39.021.02-5 AASI externo retroauricular tipo B;

39.021.03-3 AASI externo retroauricular tipo C;

39.021.04-1 AASI externo intra - auricular tipo A;

39.021.05-0 AASI externo intra - auricular tipo B;

39.021.06-8 AASI externo intra - auricular tipo C;

39.021.07-6 AASI externo intra - canal tipo A;

- 39.021.08-4 AASI externo intra - canal tipo B;
- 39.021.09-2 AASI externo intra - canal tipo C;
- 39.021.10-6 AASI externo micro - canal tipo A;
- 39.021.11-4 AASI externo micro - canal tipo B;
- 39.021.12-2 AASI externo micro - canal tipo C;
- 39.021.13-0 AASI externo de condução óssea convencional tipo A;
- 39.021.14-9 AASI externo de condução óssea retroauricular tipo A;
- 39.022.01-3 Reposição de AASI externo retroauricular tipo A;
- 39.022.02-1 Reposição de AASI externo retroauricular tipo B;
- 39.022.03-0 Reposição de AASI externo retroauricular tipo C;
- 39.022.04-8 Reposição de AASI externo intra - auricular tipo A;
- 39.022.05-6 Reposição de AASI externo intra - auricular tipo B;
- 39.022.06-4 Reposição de AASI externo intra - auricular tipo C;
- 39.022.07-2 Reposição de AASI externo intra - canal tipo A;
- 39.022.08-0 Reposição de AASI externo intra – canal tipo B;
- 39.022.09-9 Reposição de AASI externo intra – canal tipo C;
- 39.022.10-2 Reposição de AASI externo micro – canal tipo A;
- 39.022.11-0 Reposição de AASI externo micro – canal tipo B;
- 39.022.12-9 Reposição de AASI externo micro – canal tipo C;
- 39.022.13-7 Reposição de AASI externo de condução óssea convencional tipo A;
- 39.022.14-5 Reposição de AASI externo de condução óssea retroauricular tipo A.

§ 1º Os procedimentos de códigos: 39.011.08-9 - reavaliação diagnóstica da deficiência auditiva em paciente maior de três anos, com ou sem indicação do uso de AASI e 39.011.09-7 - reavaliação diagnóstica da deficiência auditiva em paciente menor de três anos, crianças e adultos com afecções associadas com ou sem indicação do uso de AASI serão utilizados somente quando for observado sintoma de perda auditiva progressiva (paciente adaptado com AASI ou naquele em que no momento do diagnóstico não foi indicado o uso de AASI).

§ 2º Para o fornecimento de próteses auditivas, os estabelecimentos de saúde com serviços de atenção à saúde auditiva na média ou na alta complexidade deverão observar as diretrizes para o fornecimento de aparelhos de amplificação sonora individual (AASI), anexo IV da Portaria SAS/MS 587, de 07 de outubro de 2004.

§ 3º As empresas fornecedoras de próteses auditivas deverão apresentar prazo de garantia dos aparelhos de amplificação sonora individual.

§ 4º As autorizações para os procedimentos de reposição de AASI serão permitidas somente com o preenchimento das seguintes justificativas no Laudo:

- provar que foi roubado (apresentar boletim de ocorrência);

- em caso de falha técnica do funcionamento dos componentes internos e/ou externos do AASI, findo o prazo de garantia do aparelho;
- no caso de perda auditiva progressiva comprovada.

Art. 17 Definir que os procedimentos abaixo relacionados são exclusivamente secundários e não necessitam de autorização prévia:

17.081.01-7 Logoaudiometria (LDV, IRF, LRF);

17.081.16-5 Imitanciometria (timpanometria, complacência estática e reflexo estapediano);

17.082.01-3 Audiometria tonal limiar (via aérea e via óssea);

17.082.03-0 Audiometria de reforço visual - VRA (via aérea e via óssea);

17.082.05-6 Audiometria em campo livre com pesquisa do ganho funcional;

17.082.06-4 Pesquisa do ganho de inserção (medida com microfone e sonda);

17.082.09-9 Emissões otoacústica evocadas transientes e produto de distorção –
EOA

17.082.10-2. Potencial evocado auditivo de curta, média e longa latência;

39.012.02-6 Reposição de molde auricular.

Parágrafo Único – Os procedimentos do grupo 17 relacionados neste artigo, exceto o procedimento de código 17.082.06-4 pesquisa do ganho de inserção (medida com microfone e sonda), serão registrados/cobrados em BPA/formulário ou BPA magnético, quando realizados pelos serviços de código 001/000 (audiologia /otologia).

Art. 18 Estabelecer que, para a cobrança, os procedimentos autorizados na APAC-I/Formulário, deverão ser registrados no APAC-II/Meio Magnético de acordo com os seguintes tipos de APAC:

- APAC-II/Meio Magnético Inicial e de Continuidade é utilizada para a cobrança dos procedimentos de Terapia Fonoaudiológica criança ou adulto: a APAC inicial abrange o período a partir da data de início de validade da APAC-I/Formulário até o último dia do mesmo mês e a APAC de Continuidade abrange o 2º e 3º mês subsequente a APAC Inicial.

- APAC-II/Meio Magnético Inicial para a cobrança de procedimentos de fornecimento de AASI e reposição de AASI.

- APAC-II/Meio Magnético Única é utilizada para a cobrança de procedimentos de avaliação para diagnóstico de deficiência auditiva e de reavaliação diagnóstica da deficiência auditiva, acompanhamentos e seleção e verificação do benefício do AASI: este tipo de APAC abrange o período compreendido entre a data de início e fim de validade da APAC-I/Formulário e a cobrança dos procedimentos deve ser efetuada, neste período, e os procedimentos serão registrados no APAC-II/Meio Magnético, para cobrança, somente após a realização de todos os procedimentos secundários necessários e compatíveis.

Art. 19 Determinar que, para a cobrança, os procedimentos (secundários), descritos no Artigo 17, desta Portaria, deverão ser registrados no APAC-II/Meio Magnético, junto com o procedimento principal que foi autorizado na APAC-I/Formulário observando-se o tipo de APAC, as compatibilidades e os limites de quantidades máximas permitidas:

§ 1º Os procedimentos secundários, abaixo relacionados, poderão ser registrados no APAC-II/Meio Magnético junto com o procedimento principal de código 39.011.01-

1 avaliação para diagnóstico de deficiência auditiva em paciente maior de três anos (máximo 01/paciente/ano):

17.082.01-3 Audiometria tonal limiar (via aérea e via óssea) - máximo 01/paciente/ano;

17.081.01-7 Logaudiometria (LDV, IRF, LRF) - máximo 01/paciente/ano;

17.081.16-5 Imitanciometria (timpanometria, complacência estática e reflexo estapediano) - máximo 01/paciente/ano.

§ 2º Os procedimentos secundários, abaixo relacionados, poderão ser registrados no APAC-II/Meio Magnético junto com o procedimento principal de código de código 39.011.02-0 avaliação para diagnóstico diferencial de deficiência auditiva (máximo 01/paciente/ano):

17.082.01-3 Audiometria tonal limiar (via aérea e via óssea) - máximo 01/paciente/ano;

17.081.01-7 Logaudiometria (LDV, IRF, LRF) - máximo 01/paciente/ano;

17.081.16-5 Imitanciometria (timpanometria, complacência estática e reflexo estapediano) - máximo 01/paciente/ano.

17.082.03-0 Audiometria de reforço visual - VRA (via aérea e via óssea);

17.082.09-9 Emissões otoacústica evocadas transientes e produto de distorção – EOA

17.082.10-2 Potencial evocado auditivo de curta, média e longa latência.

§ 3º Os procedimentos secundários, abaixo relacionados, poderão ser registrados no APAC-II/Meio Magnético junto com o procedimento principal de código de código 39.011.05-4 acompanhamento de paciente menor de três anos adaptado com AASI, unilateral ou bilateral (máximo 01/paciente/04vezes/ano):

17.081.16-5 Imitanciometria (timpanometria, complacência estática e reflexo estapediano) - máximo 01/paciente/04vezes/ano;

17.082.03-0 Audiometria de reforço visual - VRA (via aérea e via óssea) - máximo 01/paciente/04vezes/ano;

17.082.06-4 Pesquisa do ganho de inserção (medida com microfone e sonda) - máximo 01/paciente/04vezes/ano;

39.012.02-6 Reposição de molde auricular (máximo 02/paciente/04vezes/ano).

§ 4º Os procedimentos secundários, abaixo relacionados, poderão ser registrados no APAC-II/Meio Magnético junto com o procedimento principal de código 39.011.06-2 acompanhamento de paciente maior de três anos adaptado com AASI, unilateral ou bilateral (máximo 01/paciente/02vezes/ano):

17.081.01-7 Logaudiometria (LDV, IRF, LRF) - máximo 01/paciente/02vezes/ano;

17.081.16-5 Imitanciometria (timpanometria, complacência estática e reflexo estapediano) - máximo 01/paciente/02vezes/ano;

17.082.01-3 Audiometria tonal limiar (via aérea e via óssea) - máximo 01/paciente/02vezes/ano;

17.082.05-6 Audiometria em campo livre com pesquisa do ganho funcional - máximo 01/paciente/02vezes/ano;

17.082.06-4 Pesquisa do ganho de inserção (medida com microfone e sonda) - máximo 01/paciente/02vezes/ano;

39.012.02-6 Reposição de molde auricular -máximo 02/paciente/02vezes/ano.

§ 5º Os procedimentos secundários, abaixo relacionados, poderão ser registrados no APAC-II/Meio Magnético junto com o procedimento principal de código 39.011.07-0 acompanhamento de paciente adulto adaptado com AASI, unilateral ou bilateral (máximo 01/paciente/ano):

17.081.01-7 Logaudiometria (LDV, IRF, LRF) - máximo 01/paciente/01vezes/ano;

17.081.16-5 Imitanciometria (timpanometria, complacência estática e reflexo estapediano) - máximo 01/paciente/ano;

17.082.01-3 Audiometria tonal limiar (via aérea e via óssea) - máximo 01/paciente/01vezes/ano;

17.082.05-6 Audiometria em campo livre com pesquisa do ganho funcional - máximo 01/paciente/ano;

17.082.06-4 Pesquisa do ganho de inserção (medida com microfone e sonda) - máximo 01/paciente/ano;

39.012.02-6 Reposição de molde auricular -máximo 02/paciente//ano.

§ 6º Os procedimentos secundários, abaixo relacionados, poderão ser registrados no APAC-II/Meio Magnético junto com o procedimento principal de código 39.011.08-9 reavaliação diagnóstica da deficiência auditiva unilateral ou bilateral em paciente maior de três anos com ou sem indicação de uso de AASI (máximo 01/paciente/02vezes/ano):

17.082.01-3 Audiometria tonal limiar (via aérea e via óssea) - máximo 01/paciente/02vezes/ano;

17.081.01-7 Logaudiometria (LDV, IRF, LRF) - máximo 01/paciente/02vezes/ano;

17.081.16-5 Imitanciometria (timpanometria, complacência estática e reflexo estapediano) - máximo 01/paciente/02vezes/ano.

§ 7º Os procedimentos secundários, abaixo relacionados, poderão ser registrados no APAC-II/Meio Magnético junto com o procedimento principal de código 39.011.09-7 reavaliação diagnóstica da deficiência auditiva em paciente menor de três anos, crianças e adultos com afecções associadas, com ou sem indicação do uso de AASI (máximo 01/paciente/04/ano):

17.081.01-7 Logaudiometria (LDV, IRF, LRF) - máximo 01/paciente/04/ano;

17.081.16-5 Imitanciometria (timpanometria, complacência estática e reflexo estapediano) - máximo 01/paciente/04/ano;

17.082.01-3 Audiometria tonal limiar (via aérea e via óssea) -máximo 01/paciente/04/ano;

17.082.03-0 Audiometria de reforço visual - VRA (via aérea e via óssea) - máximo 01/paciente/04vezes/ano;

17.082.09-9 Emissões otoacústica evocadas transientes e produto de distorção (EOA) - máximo 01/paciente/02vezes/ano.

17.082.10-2 Potencial evocado auditivo de curta, média e longa latência-máximo 01/paciente/02vezes/ano;

§ 8º Os procedimentos secundários, abaixo relacionados, poderão ser registrados no APAC-II/Meio Magnético junto com o procedimento principal de código 39.011.10-0 acompanhamento de criança com implante coclear (máximo 01/paciente/04vezes/ano):

17.081.01-7 Logaudiometria (LDV, IRF, LRF) - máximo 01/paciente/04vezes/ano;

17.081.16-5 Imitanciometria (timpanometria, complacência estática e reflexo estapediano) - máximo 01/paciente/04vezes/ano;

17.082.03-0 Audiometria de reforço visual - VRA (via aérea e via óssea) - máximo 01/paciente/04vezes/ano;

17.082.05-6 Audiometria em campo livre com pesquisa do ganho funcional - máximo 01/paciente/04vezes/ano.

§ 9º Os procedimentos secundários, abaixo relacionados, poderão ser registrados no APAC-II/Meio Magnético junto com o procedimento principal de código 39.011.11-9 acompanhamento de adulto com implante coclear (máximo 01/paciente/02vezes/ano):

17.081.01-7 Logaudiometria (LDV, IRF, LRF) - máximo 01/paciente/02vezes/ano;

17.081.16-5 Imitanciometria (timpanometria, complacência estática e reflexo estapediano) - máximo 01/paciente/02vezes/ano;

17.082.05-6 Audiometria em campo livre com pesquisa do ganho funcional - máximo 01/paciente/02vezes/ano.

§ 10 Os procedimentos secundários, abaixo relacionados, poderão ser registrados no APAC-II/Meio Magnético junto com o procedimento principal de código 39.012.01-8 seleção e verificação do benefício do AASI (máximo 01/paciente/ano):

17.082.05-6 Audiometria em campo livre com pesquisa do ganho funcional - máximo 01/paciente/ano;

17.082.06-4 Pesquisa do ganho de inserção (medida com microfone e sonda) - máximo 01/paciente/ano.

Art. 20 Estabelecer que os procedimentos de próteses auditivas e de reposição de próteses auditivas não permitem a cobrança de procedimentos secundários.

Art. 21 Determinar que as APAC-I/Formulário emitidas para os procedimentos do grupo 38.000.00-8 Acompanhamento de Paciente, Subgrupo 38.030.00-4 Acompanhamento e Avaliação de Pacientes com deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral com ou sem Aparelho de Amplificação Sonora Individual, serão encerradas automaticamente pelo programa de processamento do SIA/SUS, na competência outubro de 2004.

Parágrafo Único – A partir da competência novembro/2004, os gestores estaduais/municipais deverão providenciar a emissão de novas APAC-I/Formulário para atendimento as pessoas portadoras de deficiência auditiva, utilizando os procedimentos do Grupo 39. 000.00-1 Atenção à Saúde Auditiva, Subgrupo 39.010.00-7 Avaliação, Diagnóstico, Acompanhamento e Reavaliação de Deficiência Auditiva relacionados no anexo II, desta portaria.

Art. 22 Definir que, para a cobrança dos procedimentos relacionados no Anexo II, desta Portaria, poderá ser utilizado os códigos abaixo discriminados, conforme a Tabela de Motivo de Cobrança do SIA/SUS:

- 3.1 Deficiência auditiva comprovada;
- 3.2 Adaptação do AASI;
- 3.3 Progressão da perda auditiva
- 3.5 Indicação para cirurgia com implante coclear;
- 3.6 Audição normal;
- 4.2 Paciente não compareceu para o tratamento;
- 6.3 Alta por abandono do tratamento;
- 6.8 Alta por outras intercorrências;
- 6.9 Alta por conclusão do tratamento e/ou diagnóstico;
- 9.2 Óbito não relacionado à doença.

Art. 23 Definir que o valor dos procedimentos inclui todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos procedimentos até a entrega dos resultados dos exames.

Art. 24 Determinar que sejam destinados recursos de financiamento do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC para a realização dos procedimentos definidos no Anexo II, desta Portaria.

Art. 25 Utilizar para o registro das informações dos procedimentos de atenção à saúde auditiva as Tabelas do Sistema APAC-SIA, abaixo relacionadas:

- Tabela Motivo de Cobrança (Anexo VI);
- Tabela de Nacionalidade (Anexo VII).

Art. 26 Definir que o Departamento de Informática do SUS/DATASUS, disponibilizará no BBS/DATASUS/MS área 38 - SIA, o programa da APAC-II/Meio Magnético a ser utilizado pelos prestadores de serviço.

Art. 27 Determinar que os estabelecimentos de saúde mantenham arquivado a APAC-I/Formulário autorizada, o Relatório Demonstrativo de APAC-II/ Meio Magnético correspondente e o resultado dos exames, para fins de consulta da auditoria.

Art. 28 Estabelecer que é de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais, dependendo das prerrogativas e competências compatíveis com o nível de gestão, efetuarem o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria que permitam garantir o cumprimento desta Portaria.

Art. 29 Esta Portaria entra em vigor na competência novembro de 2004, revogando a Portaria SAS/MS nº 432, de 14 de novembro de 2000.

JORGE SOLLA

Anexo I da Proposta para reformulação da Portaria MS/SAS nº 432/00

Procedimentos, Níveis de Organização e Subgrupos Excluídos da Tabela de
Procedimentos do SIA/SUS

<i>Código</i>	<i>Descrição</i>
38.030.00-4	Acompanhamento e avaliação de pacientes com deficiência auditiva Unilateral ou Bilateral com ou sem aparelho de amplificação sonora individual
38.031.00-0	Consulta
38.031.01-9	Diagnostico de deficiência auditiva de caso unilateral ou bilateral
38.031.02-7	Acompanhamento e avaliação deficiência auditiva Unilateral ou Bilateral criança com 1 ou 2 AASI
38.031.03-5	Acompanhamento e avaliação deficiência auditiva Unilateral ou Bilateral de adulto adaptado com 1 ou 2 AASI
38.031.04-3	Acompanhamento e avaliação deficiência auditiva Unilateral ou Bilateral de criança não adaptado com 1 ou 2 AASI
38.031.05-1	Acompanhamento e avaliação deficiência auditiva Unilateral ou Bilateral de adulto não adaptado com 1 ou 2 AASI

38.031.06-0	Acompanhamento e avaliação deficiência auditiva Unilateral ou Bilateral criança com implante coclear
38.031.07-8	Acompanhamento e avaliação deficiência auditiva Unilateral ou Bilateral adulto com implante coclear
38.031.08-6	Acompanhamento e avaliação de portadores de lesões labiopalatais e/ou criança com deficiência auditiva unilateral ou bilateral criança com aparelho auditivo adaptado ou sem aparelho
38.031.09-4	Acompanhamento e avaliação de portadores de lesões labiopalatais e/ou adulto com deficiência auditiva unilateral ou bilateral criança com aparelho auditivo adaptado ou sem aparelho
38.032.00-7	Exames audiológicos
38.032.01-5	Potencial evocado de tronco cerebral - BERA
38.032.02-3	Emissões Otoacústicas
38.033.00-3	Seleção de modelos
38.033.01-1	Seleção de modelos de AASI criança
38.033.02-0	Seleção de modelos de AASI criança
38.034.00-0	Prótese
38.034.01-8	AASI externo c/ aparelho convencional unitário
38.034.02-6	AASI externo c/ amplificador retro auricular analógico unitário
38.034.03-4	AASI externo c/ retro auricular digital unitário
38.034.04-2	AASI externo c/ amplificador retro auricular analógico programável unitário
38.034.05-0	AASI externo c/ amplificador intra auricular anal
38.034.06-9	AASI externo c/ amplificador intra auricular digital
38.034.07-7	AASI externo c/ amplificador intra auricular analógico programável unitário
38.034.08-5	AASI externo c/ amplificador canal analógico
38.034.09-3	AASI externo c/ amplificador canal digital
38.034.10-7	AASI externo c/ amplificador intra canal analógico programável unitário
38.034.11-5	AASI externo c/ amplificador microcanal analógico
38.034.12-3	AASI externo c/ amplificador microcanal digital
38.034.13-1	AASI externo c/ amplificador microcanal analógico programável unitário
38.034.14-0	AASI externo c/ vibrador osseo
38.035.00-6	Reposição de orteses
38.035.01-4	Reposição de AASI externo c/ aparelho convencional unitário
38.035.02-2	Reposição de AASI externo c/ amplificador retro auricular analógico unitário
38.035.03-0	Reposição de AASI externo c/ retro auricular digital unitário
38.035.04-9	Reposição de AASI externo c/ amplificador retro auricular analógico programável unitário
38.035.05-7	Reposição de AASI externo c/ amplificador intra auricular anal
38.035.06-5	Reposição de AASI externo c/ amplificador intra auricular digital
38.035.07-3	Reposição de AASI externo c/ amplificador intra auricular analógico programável unitário
38.035.08-1	Reposição de AASI externo c/ amplificador canal analógico
38.035.09-0	Reposição de AASI externo c/ amplificador canal digital
38.035.10-3	Reposição de AASI externo c/ amplificador intra canal analógico programável unitário
38.035.11-1	Reposição de AASI externo c/ amplificador microcanal analógico
38.035.12-0	Reposição de AASI externo c/ amplificador microcanal digital

38.035.13-8	Reposição de AASI externo c/ amplificador microcanal analógico programável unitário
38.035.14-6	Reposição de AASI externo c/ vibrador osseo
38.036.00-2	Terapias
38.036.01-0	Fonoterapia individual (p/ sessão, 2x sem, min 60 min)
38.036.02-9	Fonoterapia grupal (max 4 pessoas p/ sessão, 2x sem, min 90 min)

Anexo II da Proposta para reformulação da Portaria MS/SAS nº 432/00

Procedimentos de Atenção à Saúde Auditiva da Tabela de Procedimentos do SIA

17.000.00-9 Diagnose	
17.080.00-2 Otorrinolaringologia	
17.081.00-9 Audiologia/Otologia	
17.081.01-7 Logaudiometria (LDV, IRF, LRF)	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34,54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	3.1, 3.6, 6.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige habilitação (MS)	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Valor do Procedimento	R\$ 17,50

17.081.16-5 Imitanciometria (timpanometria, complacência estática e reflexo estapediano)	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34,54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	3.1, 3.6, 6.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige habilitação (MS)	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Valor do Procedimento	R\$ 11,50

17.082.01-3 Audiometria Tonal limiar (via aérea e via óssea)	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34,54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	3.1, 3.6, 6.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige habilitação (MS)	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Valor do Procedimento	R\$ 11,25

17.082.03-0 Audiometria de reforço visual – VRA (via aérea e via óssea)	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34,54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	3.1, 3.6, 6.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige habilitação (MS)	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Valor do Procedimento	R\$ 11,25

17.082.05-6 Audiometria em campo livre com pesquisa do ganho funcional	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	3.1, 3.6, 6.3
Complexidade	Média Complexidade

Exige habilitação (MS)	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Valor do Procedimento	R\$ 11,50

17.082.06-4 Pesquisa do ganho de inserção (medida com microfone e sonda)	
Nível de Hierarquia	3,4,6,7, 8
Serviço / Classificação	027/114 027/01, 027/02
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	3.1, 3.6, 6.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige habilitação (MS)	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Valor do Procedimento	R\$ 7,50

17.082.09-9 Emissões otoacústica evocadas transientes e produto de distorção - EOA	
Nível de Hierarquia	4, 7, 8
Serviço / Classificação	027/02, 027/114
Atividade Profissional	34,54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	3.1, 3.6, 6.3
Complexidade	Alta Complexidade
Exige habilitação (MS)	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Valor do Procedimento	R\$ 37,50

17.082.10-2 Potencial evocado auditivo de curta, média e longa latência	
Nível de Hierarquia	4, 7, 8
Serviço / Classificação	027/02, 027/114
Atividade Profissional	34,54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	3.1, 3.6, 6.3
Complexidade	Alta Complexidade
Exige habilitação (MS)	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Valor do Procedimento	R\$ 37,50

39.000.00-1 Atenção à Saúde Auditiva	
39.010.00-7 Avaliação, Diagnóstico, Acompanhamento e Reavaliação de Deficiência Auditiva.	
39.011.00-3 Consultas	
39.011.01-1 Avaliação para diagnóstico de deficiência auditiva em paciente maior de três anos. Consiste em consulta otorrinolaringológica; avaliação fonoaudiológica de linguagem e avaliação audiológica; atendimento do serviço social, atendimento de psicologia.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	3.1, 3.6, 6.3

Complexidade	Média Complexidade
Exige habilitação (MS)	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 01/paciente/ano
Valor do Procedimento	R\$ 24,75

39.011.02-0 Avaliação para diagnóstico diferencial de deficiência auditiva. Compreende a realização de consulta otorrinolaringológica; avaliação fonoaudiológica dos aspectos da linguagem e avaliação audiológica; avaliação pediátrica e avaliação neurológica; atendimento do serviço social e avaliação psicológica em pacientes menores de três anos ou com afecções associadas (neurológica, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal) ou perdas unilaterais, e, ainda, para os pacientes referenciados dos serviços de menor complexidade.	
Nível de Hierarquia	4, 7, 8
Serviço / Classificação	027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	3.1, 3.6, 6.3
Complexidade	Alta Complexidade
Exige habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 01/ano
Valor do Procedimento	R\$ 46,56

39.011.03-8 Terapia fonoaudiológica individual em criança. Consiste na avaliação e reabilitação de crianças nos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução. Duração mínima de 45 minutos.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/003, 027/114
Atividade Profissional	54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	4.2, 6.3, 6.9, 7.1, 8.1, 9.2
Complexidade	Média Complexidade
Exige habilitação	Não
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 08 sessões/paciente/mês
Valor do Procedimento	R\$ 9,98

39.011.04-6 Terapia fonoaudiológica individual em adulto. Consiste na avaliação e reabilitação de adultos nos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução. Duração mínima de 45 minutos.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/003, 027/114
Atividade Profissional	54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
Faixa Etária	00
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	4.2, 6.3, 6.9, 7.1, 8.1, 9.2
Complexidade	Média Complexidade

Exige habilitação	Não
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 04 sessões/paciente/mês
Valor do Procedimento	R\$ 9,98

39.011.05-4 Acompanhamento de paciente menor de três anos adaptado com AASI, unilateral ou bilateral. Consiste em avaliação otorrinolaringológica, avaliação neurológica, avaliação fonoaudiológica de linguagem e avaliação audiológica; avaliação do benefício do uso do AASI; orientação à família quanto ao manuseio do aparelho e a necessidade de terapia fonoaudiológica e atendimento do serviço social.	
Nível de Hierarquia	4, 7, 8
Serviço / Classificação	027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	3.2, 3.3, 6.9
Complexidade	Alta Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 01/paciente/04vezes/ano
Valor do Procedimento	R\$ 37,32

39.011.06-2 Acompanhamento de paciente maior de três anos adaptado com AASI, unilateral ou bilateral. Consiste em avaliação otorrinolaringológica; avaliação fonoaudiológica de linguagem e avaliação audiológica; avaliação do benefício do uso ASSI; orientação à família quanto ao manuseio do aparelho e a necessidade de terapia fonoaudiológica e atendimento do serviço social.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	3.2, 3.3, 6.9
Complexidade	Média Complexidade
Exige habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 01/paciente/02vezes/ano
Valor do Procedimento	R\$ 22,55

39.011.07-0 Acompanhamento de paciente adulto adaptado com AASI, unilateral ou bilateral. Consiste em avaliação otorrinolaringológica; avaliação audiológica; avaliação do benefício do uso ASSI; orientação quanto ao manuseio do aparelho e atendimento do serviço social.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Motivo de Cobrança	3.2, 3.3, 6.9
Complexidade	Média Complexidade
Exige habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico

Quantidade	Máximo 01/ ano
Valor do Procedimento	R\$ 19,23

39.011.08-9 Reavaliação diagnóstica da deficiência auditiva em paciente maior de três anos com ou sem indicação do uso de AASI. Consiste na reavaliação otorrinolaringológica; reavaliação fonoaudiológica de linguagem e reavaliação audiológica; orientação à família e atendimento do serviço social.

Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	3.3, 3.5
Complexidade	Média Complexidade
Exige habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 01/paciente/02vezes/ano
Valor do Procedimento	R\$ 22,55

39.011.09-7 Reavaliação diagnóstica da deficiência auditiva em paciente menor de 03 (três) anos, crianças e adultos com afecções associadas (neurológica, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal) ou perdas unilaterais, e, ainda, para os pacientes referenciados dos serviços de menor complexidade com ou sem indicação do uso de AASI. Compreende a realização de consulta otorrinolaringológica; reavaliação fonoaudiológica de linguagem e reavaliação audiológica; reavaliação pediátrica e reavaliação neurológica; atendimento do serviço social e reavaliação psicológica.

Nível de Hierarquia	4, 7, 8
Serviço / Classificação	027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	3.3, 3.5
Complexidade	Alta Complexidade
Exige habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 01/paciente/04vezes/ano
Valor do Procedimento	R\$ 44,36

39.011.10-0 Acompanhamento de criança com implante coclear. Consiste em avaliação otorrinolaringológica; avaliação fonoaudiológica de linguagem e avaliação audiológica; orientação à família; atendimento do serviço social e atendimento psicológico. Inclui o mapeamento e balanceamento de eletrodos e telemetria de respostas neurais- neurotelemetria.

Nível de Hierarquia	7, 8
Serviço / Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	3.1
Complexidade	Alta Complexidade
Exige habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 01/paciente/04vezes/ano
Valor do Procedimento	R\$58,62

39.011.11-9 Acompanhamento de adulto com implante coclear. Consiste em avaliação otorrinolaringológica; avaliação fonoaudiológica de linguagem e avaliação audiológica; orientação à família e atendimento psicológico. Inclui o mapeamento e balanceamento de eletrodos e telemetria de respostas neurais-Neurotelemetria.	
Nível de Hierarquia	7, 8
Serviço / Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	3.1
Complexidade	Alta Complexidade
Exige habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 01/paciente/02vezes/ano
Valor do Procedimento	R\$ 58,62

39.012.00-0 Seleção e Adaptação de AASI	
39.012.01-8 Seleção e verificação do benefício do AASI. Consiste na realização da pré-moldagem e confecção do molde auricular personalizado. Seleção das características eletroacústicas do aparelho e testes para verificação do benefício fornecido pelo AASI. Mínimo de três marcas diferentes.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	3.2
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 01/paciente/ano
Valor do Procedimento	R\$ 8,75

39.012.02-6 Reposição de molde auricular. Consiste na realização da pré-moldagem e confecção do molde auricular personalizado.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Financiamento	FAEC/Estratégico
Valor do Procedimento	R\$ 8,75

39.020.00-2 Próteses Auditivas	
39.021.00-9 Aparelho de Amplificação Sonora Individual	
39.021.01-7 AASI externo retroauricular tipo A. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo retroauricular em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114

Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 1.050,00

39.021.02-5 AASI externo retroauricular tipo B Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo retroauricular em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02.
Valor do Procedimento	R\$ 1.400,00

39.021.03-3 AASI externo retroauricular tipo C. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo retroauricular em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 2.200,00

39.021.04-1 AASI externo intra - auricular tipo A. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo intra – auricular em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54

Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 1.050,00

39.021.05-0 AASI externo intra - auricular tipo B. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo intra – auricular em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.

Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 1.400,00

39.021.06-8 AASI externo intra - auricular tipo C. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo intra – auricular em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.

Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 2.200,00

39.021.07-6 AASI externo intra - canal tipo A. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo intra - canal em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.

Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3

Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 1.050,00

39.021.08-4 AASI externo intra - canal tipo B. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo intra - canal em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.

Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 1.400,00

39.021.09-2 AASI externo intra - canal tipo C. Consiste na adaptação do aparelho de amplificação sonora individual tipo intra - canal em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.

Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 2.200,00

39.021.10-6 AASI externo micro - canal tipo A. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo micro - canal em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.

Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva

Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 1.050,00

39.021.11-4 AASI externo micro - canal tipo B. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo micro - canal em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 1.400,00

39.021.12-2 AASI externo micro - canal tipo C. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo micro - canal em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 2.200,00

39.021.13-0 AASI externo de condução óssea convencional tipo A. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo convencional, adaptado por via óssea, incluindo vibrador ósseo, arco e cabo em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 500,00

39.021.14-9 AASI externo de condução óssea retroauricular tipo A. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo retroauricular, adaptado por via óssea, incluindo vibrador ósseo, arco e cabo em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 500,00

39.022.00-5 Reposição de Aparelho de Amplificação Sonora Individual	
39.022.01-3 Reposição de AASI externo retroauricular tipo A. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo retroauricular em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 1.050,00

39.022.02-1 Reposição de AASI externo retroauricular tipo B Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo retroauricular em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 1.400,00

39.022.03-0 Reposição de AASI externo retroauricular tipo C. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo retroauricular em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 2.200,00

39.022.04-8 Reposição de AASI externo intra - auricular tipo A. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo intra - auricular em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34,54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 1.050,00

39.022.05-6 Reposição de AASI externo intra - auricular tipo B. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo intra - auricular em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 1.400,00

39.022.06-4 Reposição de AASI externo intra - auricular tipo C. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo intra - auricular em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34,54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 2.200,00

39.022.07-2 Reposição de AASI externo intra - canal tipo A. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo intra - canal em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 1.050,00

39.022.08-0 Reposição de AASI externo intra - canal tipo B. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo intra - canal em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34,54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 1.400,00

39.022.09-9 Reposição de AASI externo intra - canal tipo C. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo intra - canal em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.	
---	--

Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 2.200,00

39.022.10-2 Reposição de AASI externo micro - canal tipo A. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo micro - canal em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34,54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 1.050,00

39.022.11-0 Reposição de AASI externo micro - canal tipo B. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo micro - canal em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34,54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 1.400,00

39.022.12-9 Reposição de AASI externo micro - canal tipo C. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo micro - canal em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.	
---	--

Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34,54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 2.200,00


39.022.13-7 Reposição de AASI externo de condução óssea convencional tipo A. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo convencional, adaptado por via óssea, incluindo vibrador ósseo, arco e cabo em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.

Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 500,00


39.022.14-5 Reposição de AASI externo de condução óssea retroauricular tipo A. Consiste no fornecimento do aparelho de amplificação sonora individual tipo retroauricular, adaptado por via óssea, incluindo vibrador ósseo, arco e cabo em pacientes com diagnóstico, seleção e adaptação concluídos.

Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço / Classificação	027/001, 027/002, 027/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	20, 22, 30, 40, 50, 60, 61
CID_10	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.2
Motivo de Cobrança	2.1, 2.2, 2.3
Complexidade	Média Complexidade
Exige Habilitação	Atenção à Saúde Auditiva
Tipo de Financiamento	FAEC/Estratégico
Quantidade	Máximo 02
Valor do Procedimento	R\$ 500,00


ANEXO III

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA EMISSÃO DE APAC DEFICIÊNCIA AUDITIVA	Nº do Prontuário																														
Identificação da Unidade Nome _____ CNPJ _____																																	
Dados do Paciente Nome _____ CPF/CNS _____ Nome da Mãe ou Responsável _____ Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) _____ Telefone _____ Município _____ UF _____ CEP _____ Data de nascimento _____ SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 2 CONVÊNIO Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nome do Convênio _____																																	
PROCEDIMENTO SOLICITADO Código _____ Nome do Procedimento _____																																	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) ATENDIMENTOS																																	
CID10 CAUSA PRINCIPAL _____ CAUSA BÁSICA _____ CAUSA ASSOCIADA _____																																	
SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS																																	
<input type="checkbox"/> Dificuldade auditiva <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OE <input type="checkbox"/> Flutuante <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Progressiva <input type="checkbox"/> Com zumbido <input type="checkbox"/> Com tontura																																	
PROVÁVEL ETIOLOGIA																																	
<input type="checkbox"/> Desconhecida <input type="checkbox"/> Genética <input type="checkbox"/> Surdez Súbita <input type="checkbox"/> Malformação Congênita <input type="checkbox"/> Presbicia <input type="checkbox"/> Otite Média Crônica <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/> TCE <input type="checkbox"/> Idiopática <input type="checkbox"/> Uso de Ototóxicos <input type="checkbox"/> Fratura do Osso Temporal																																	
CAUSAS PERINATAIS <input type="checkbox"/> Anóxia <input type="checkbox"/> Baixo Peso <input type="checkbox"/> Trabalho de Parto Prolongado <input type="checkbox"/> Prematuridade <input type="checkbox"/> Hiperbilirrubinemia																																	
DOENÇAS INFECCIOSAS <input type="checkbox"/> Meningite <input type="checkbox"/> Sarampo <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Caxumba <input type="checkbox"/> Rubéola Congênita <input type="checkbox"/> Outras																																	
CARACTERIZAÇÃO DA PERDA Tipo <input type="checkbox"/> Neurosensorial <input type="checkbox"/> Condutiva <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Severa																																	
PRÓTESES AUDITIVAS																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>TIPO</th> <th>OE</th> <th>OD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Retroauricular</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Intra-auricular</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Microcanal</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Intra-Canal</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		TIPO	OE	OD	Retroauricular			Intra-auricular			Microcanal			Intra-Canal			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>TECNOLOGIA</th> <th>OE</th> <th>OD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tipo A</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tipo B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tipo C</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Via óssea</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		TECNOLOGIA	OE	OD	Tipo A			Tipo B			Tipo C			Via óssea		
TIPO	OE	OD																															
Retroauricular																																	
Intra-auricular																																	
Microcanal																																	
Intra-Canal																																	
TECNOLOGIA	OE	OD																															
Tipo A																																	
Tipo B																																	
Tipo C																																	
Via óssea																																	
MOTIVO DE REPOSIÇÃO DE AASI <input type="checkbox"/> Roubo (anexar boletim de ocorrência) <input type="checkbox"/> Falha técnica do AASI (findo o prazo de garantia) <input type="checkbox"/> Perda auditiva progressiva																																	
ASSINATURA E CARIMBO																																	
CPF do OTORRINOLARINGOLOGISTA/FONOAUDIÓLOGO _____		NOME _____																															
DATA ____/____/____		OTORRINOLARINGOLOGISTA / FONOAUDIÓLOGO _____																															

ANEXO IV

 SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	APAC- I - AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO	NÚMERO DA APAC
NOME DO PACIENTE		
CNS	CPF	
SOLICITAÇÃO		
NOME DA UNIDADE SOLICITANTE	CÓDIGO CNES	
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
AUTORIZAÇÃO		
PROCEDIMENTO(S)/MEDICAMENTO(S) AUTORIZADO(S)		CÓDIGO
ÓRGÃO AUTORIZADOR		CÓDIGO
NOME DA UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS	CNPJ	CÓDIGO
CNS DO AUTORIZADOR	CPF DO AUTORIZADOR	
PERÍODO DE VALIDADE	ASSINATURA E CARIMBO	

ANEXO V

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	CONTROLE DE FREQUÊNCIA INDIVIDUAL DE PACIENTE COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA	Nº do Prontuário _____																													
Identificação da Unidade																																
Nome _____		CNPJ _____																														
Dados do Paciente																																
Nome do Paciente _____																																
CPF ou CNS _____	Nome da Mãe ou Responsável _____																															
Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) _____		Telefone _____																														
Município _____	UF _____	CEP _____	Data nascimento _____																													
		SEXO	Masc <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 2																													
DECLARAÇÃO																																
<p>DECLARO QUE NO MÊS DE _____, O PACIENTE IDENTIFICADO ACIMA, FOI SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS ABAIXO RELACIONADOS, CONFORME ASSINATURAS DO PACIENTE/RESPONSÁVEL ABAIXO.</p>																																
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL																																
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																																
CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
_____, ____ de _____ de _____																																
_____ Assinatura/Carimbo do Diretor da Unidade																																
Nome/Assinatura do Paciente ou Responsável _____		CPF ou CNS _____																														

Anexo VI da Proposta para reformulação da Portaria MS/SAS nº 432/00
Tabela de Motivo de Cobrança da APAC

<i>Código</i>	<i>Descrição</i>
---------------	------------------

2.1	Órtese, prótese e /ou meios auxiliares de locomoção dispensado dentro do período de validade da APAC
2.2	Órtese, prótese e /ou meios auxiliares de locomoção não dispensado dentro do período de validade da APAC
2.3	Órtese, prótese e /ou meios auxiliares de locomoção não dispensado (inadequação do equipamento)
3.1	Deficiência auditiva comprovada
3.2	Adaptação do AASI
3.3	Progressão da perda auditiva
3.5	Indicação para cirurgia com implante coclear
3.6	Audição normal
4.1	Exame(s) realizado(s)
Paciente não	compareceu para tratamento
4.4	Nexo causal estabelecido
5.1	Suspensão do(s) medicamento(s) por indicação médica devido à conclusão do tratamento
5.2	Permanência do fornecimento do(s) medicamento(s) por continuidade do tratamento
5.3	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por transferência do paciente para outra UPS
5.4	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por óbito
5.5	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por abandono do tratamento
5.6	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por indicação médica devida a mudança da medicação
5.7	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por indicação médica devido a intercorrências
5.8	Interrupção temporária do fornecimento do(s) medicamento(s) por falta da medicação
6.0	Alta do treinamento de DPAC ou DPA
6.1	Alta por recuperação temporária da função renal
6.2	Alta para transplante
6.3	Alta por abandono do tratamento
6.4	Alta do acompanhamento do receptor de transplante para retransplante por perda do enxerto
6.5	Alta de procedimentos cirúrgicos
6.6	Alta por progressão do tumor na vigência do planejamento (sem perspectiva de retorno ao tratamento)
6.7	Alta por toxicidade (sem perspectiva de retorno ao tratamento)
6.8	Alta por outras intercorrências;
6.9	Alta por conclusão do tratamento
7.1	Permanece na mesma UPS com mesmo procedimento
7.2	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento
7.3	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento em função de mudança de linha de tratamento
7.4	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento em função de mudança de finalidade de tratamento
7.5	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento por toxicidade
8.1	Transferência para outra UPS
8.2	Transferência para internação por intercorrência
9.1	Óbito relacionado à doença
9.2	Óbito não relacionado à doença
9.3	Óbito por toxicidade do tratamento

Anexo VII da Proposta para reformulação da Portaria MS/SAS nº 432/00

Tabela de Nacionalidade

<i>Código</i>	<i>Descrição</i>
14	Venezuelano

15	Colombiano
16	Peruano
17	Equatoriano
18	Surinamês
19	Guianense
20	Naturalizado Brasileiro
21	Argentino
22	Boliviano
23	Chileno
24	Paraguaio
25	Uruguaio
30	Alemão
31	Belga
32	Britânico
34	Canadense
35	Espanhol
36	Norte – Americano (EUA)
37	Francês
38	Suíço
39	Italiano
41	Japonês
42	Chinês
43	Coreano
45	Português
48	Outros Latino-Americanos
49	Outros Asiáticos
50	Outros

Anexo VII da Proposta para reformulação da Portaria MS/SAS nº 432/00

Tabela de Serviço/Classificação de Serviço X Classificação Brasileira de Ocupações – CBO/94

<i>Código Serviço</i>	<i>Descrição do Serviço</i>	<i>Código Classificação</i>	<i>Descrição da Classificação de Serviço</i>	<i>Agrupamento Profissional</i>	<i>CBO/94</i>	<i>Descrição CBO</i>
027	Atenção à Saúde Auditiva	001	Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação Auditiva na Média Complexidade	01	06152	Médico Otorrinolaringologista
					07925	Fonoaudiólogos
					07310	Assistente Social, em geral
					07410	Psicólogo, em geral
		002	Diagnóstico, Diferencial, Tratamento e Reabilitação Auditiva na Alta Complexidade	01	06152	Médico Otorrinolaringologista
					06142	Médico Neurologista
					06155	Médico pediatra
					07925	Fonoaudiólogos
					07310	Assistente Social, em geral
		003	Terapia Fonoaudiológica	01	07925	Fonoaudiólogos
		114	Diagnose, Terapia em Otorrinolaringologia	01	06152	Médico Otorrinolaringologista
					06142	Médico Neurologista
06155	Médico pediatra					
07925	Fonoaudiólogo					
			07410	Psicólogo, em geral		

OBSERVAÇÃO: O Serviço/Classificação de código 027/114 poderá realizar/cobrar os procedimentos dos Grupos 17.000.00-9 (Diagnose) e 39.000.00-1 (Atenção à Saúde Auditiva) relacionados, no anexo II, no período máximo de 06 (seis) meses, a contar da data de publicação da Portaria SAS/MS Nº 587 de 07 de outubro de 2004.