

# **INSTRUTIVO SAÚDE AUDITIVA**

Ref. Portaria GM 79 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012

## **I. DIRETRIZES PARA TRATAMENTO E REABILITAÇÃO/HABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA**

### **1. INTRODUÇÃO**

Embora o termo reabilitar/reabilitação seja largamente usado no campo da saúde como referência aos processos de cuidado que envolvem medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função; e medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual; o uso do prefixo “re” tem sido bastante debatida.

Conforme documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 4<sup>a</sup> Ed., 2008; é preciso ater-se à distinção entre os processos de Reabilitação/Reabilitar e Habilitação/Habilitar.

*Habilitar é tornar hábil, no sentido da destreza/inteligência ou no da autorização legal. O “re” constitui prefixo latino que apresenta as noções básicas de voltar atrás, tornar ao que era. A questão que se coloca no plano do processo saúde/doença é se é possível “voltar atrás”, tornar ao que era. O sujeito é marcado por suas experiências; o entorno de fenômenos, relações e condições históricas e, neste sentido, sempre muda; então a noção de reabilitar é problemática. Na saúde, estaremos sempre desafiados a habilitar um novo sujeito a uma nova realidade biopsicossocial. Porém, existe o sentido estrito da volta a uma capacidade legal ou pré-existente e, por algum motivo, perdida, e nestes casos, o “re” se aplica.*

Outra dimensão importante que merece destaque é que as ações de reabilitação/habilitação devem ser executadas por equipes multi e interdisciplinares e desenvolvidas a partir das necessidades de cada indivíduo e de acordo com o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade.

A CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, faz um eixo paradigmático entre a saúde e a doença, pois determina em sua terminologia a funcionalidade como termo amplo que engloba funções e estruturas do corpo, assim como os componentes das atividades, através da execução de tarefas e a participação do indivíduo e seu envolvimento nas situações de vida real, representando a perspectiva social da funcionalidade.

Funcionalidade é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação, indica os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (condição de saúde) e seus fatores contextuais (ambientais e pessoais). De maneira similar a Incapacidade refere-se a um termo genérico para deficiências, limitações de atividades e restrições de participação, indica, portanto, os aspectos negativos da interação de um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais, ambientais e pessoais. Deficiência e Atividade norteiam o processo de reabilitação. Enquanto a primeira trata de uma anormalidade de uma estrutura do corpo ou função fisiológica, a segunda mostra o contexto da tarefa ou ação de um indivíduo, ou seja, a perspectiva individual da funcionalidade (OMS/OPAS, 2003).

O olhar da reabilitação no contexto da funcionalidade amplia os horizontes e contextualiza o indivíduo, a família, a comunidade em uma perspectiva mais social, privilegiando aspectos relacionados à inclusão social, o desempenho das atividades e a participação do indivíduo na família, comunidade e sociedade. Organiza-se a partir de três componentes:

1.1. O Corpo, compreendido em sua dimensão funcional e estrutural;

1.2. Atividade e Participação, como aquilo que o corpo é capaz de realizar. Representa aspectos da funcionalidade individual e social, englobando todas as áreas vitais, desde as atividades básicas do cotidiano, até interações interpessoais e de trabalho.

1.3. Contexto em que cada um vive para realizar suas atividades, entre os quais estão incluídos os fatores ambientais, que têm um impacto sobre todos os três componentes.

## 2. O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO/HABILITAÇÃO SAÚDE AUDITIVA

Os Serviços em Saúde Auditiva habilitados pelo Ministério da Saúde para o tratamento e reabilitação de pessoas com deficiência auditiva, são aqueles que podem realizar a concessão de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI). Devem garantir à pessoa com deficiência auditiva o melhor uso possível do seu resíduo auditivo. Para tanto devem oferecer um processo de reabilitação que garanta desde a seleção e adaptação do tipo e características tecnológicas do AASI adequados às características audiológicas e necessidades acústicas do indivíduo, o acompanhamento periódico com monitoramento audiológico da perda auditiva e da amplificação e orientação e treino do manuseio do AASI, até a terapia fonoaudiológica para o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem do usuário.

Os adultos ou crianças que apresentem dificuldades de comunicação decorrentes de uma perda auditiva são candidatos potenciais ao uso de aparelho de amplificação sonora individual. As indicações do uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) seguirão recomendações divididas em três classes fundamentais, adaptadas da literatura médica e fonoaudiológica, conforme se segue:

- Classe I: Há consenso quanto à indicação do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) e o consenso é resultado de estudos a partir de evidências científicas.
- Classe II: Há controvérsia quanto à indicação do AASI.
- Classe III: Há consenso quanto à falta de indicação ou contra-indicação do AASI.

Os critérios de Indicação do uso do AASI são estabelecidos conforme abaixo:

### **Classe I**

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.

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

### **Classe II**

- a) Crianças com perdas auditivas cuja média dos limiares de audibilidade encontra-se entre 20 dB NA e 30 dB NA (perdas auditivas mínimas).
- b) Indivíduos com perdas auditivas unilaterais (desde que apresentem dificuldades de integração social e/ou profissional).
- c) Indivíduos com perda auditiva flutuante bilateral (desde que tenham monitoramento médico e audiológico sistemático).
- d) Indivíduos adultos com perda auditiva profunda bilateral pré-lingual, não-oralizados (desde que apresentem, no mínimo, detecção de fala com amplificação).
- e) Indivíduos adultos com perda auditiva e distúrbios neuro-psico-motores graves, sem adaptação anterior de AASI e sem uso de comunicação oral.
- f) Indivíduos com alterações neurais ou retrococleares (após diagnóstico estabelecido ).
- g) Perda auditiva limitada a freqüências acima de 3000 Hz.

### **Classe III**

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

No que se refere à **avaliação diagnóstica e à indicação do uso de AASI**, deve-se considerar:

Para usuários acima de três anos:

1. Avaliação otorrinolaringológica
2. Avaliação audiológica:
  - a. Anamnese fonoaudiológica
  - b. Audiometria tonal limiar ou audiometria condicionada por via aérea e via óssea
  - c. Logaudiometria (LDV, LRF, IRF);
  - d. Imitanciometria
3. Testes de percepção de fala
4. Avaliação de linguagem

5. Questionários de avaliação do desempenho auditivo;

Para usuários acima de três anos para o diagnóstico diferencial:

1. Avaliação otorrinolaringológica
2. Avaliação audiológica:
  - a. Anamnese fonoaudiológica;
  - b. Audiometria tonal limiar ou audiometria condicionada por via aérea e via óssea
  - c. Logaudiometria (LDV, LRF, IRF);
  - d. Imitanciometria
  - e. Pesquisa do nível de desconforto (tom puro e fala);
  - f. Potencial evocado auditivo de curta, média ou longa latência;
  - g. Emissões otoacústicas evocadas transiente e/ou produto de distorção;
  - h. Testes de processamento auditivo;
3. Avaliação de linguagem;
4. Testes de percepção de fala;
5. Questionários de avaliação do desempenho auditivo;

Para usuários de até três anos:

1. Avaliação otorrinolaringológica
2. Avaliação Audiológica:
  - a. Anamnese fonoaudiológica;
  - b. Emissões otoacústicas transiente e produto de distorção;
  - c. Observação de respostas comportamentais a estímulos sonoros;
  - d. Potencial evocado auditivo de curta e/ou média latência;
  - e. Imitanciometria;
  - f. Audiometria de reforço visual (VRA) ou audiometria lúdica, realizada preferencialmente com fones;
3. Medida da diferença entre acoplador de 2,0 ml e orelha real (RECD);
4. Avaliação de linguagem
5. Testes de percepção de fala;
6. Questionários de avaliação do desempenho auditivo.

No que se refere à **seleção e adaptação de AASI**, deve-se considerar:

## 1. Aparelho de Amplificação Sonora Individual

1.1. A escolha do tipo de aparelho deverá ser feita com base nas necessidades individuais do Usuário, levando-se em conta o grau e a configuração de perda de audição e as características eletroacústicas e tecnológicas do AASI necessárias a partir de outros aspectos importantes norteadores da seleção.

1.2. Em crianças até 3 (três) anos de idade o tipo de aparelho deve possibilitar ajustes finos adicionais, necessários na medida em que se obtenha uma caracterização mais acurada do status auditivo e da percepção de fala da criança.;

1.3. Em crianças até 8 (oito) anos é preferencial o uso de aparelhos retroauriculares;

## 2. Adaptação por via aérea ou por via óssea

2.1. A adaptação de AASI de condução óssea procede 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.

2.2. Nos casos de adaptação por via óssea é preferencial a utilização de aparelhos que apresentem a abertura do microfone localizada ao nível da orelha.

## 3. Adaptação unilateral x bilateral

3.1. É preferencial a indicação bilateral

3.2. A adaptação de AASI unilateral procede nos seguintes casos:

- 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 questões de conforto impossibilitarem o uso de AASI de condução óssea.
- Opção do Usuário após experiência bilateral

#### 4. Molde auricular

4.1. Os testes para seleção de AASI devem ser realizados utilizando-se molde auricular adequado ao tipo de aparelho e as necessidades acústicas e anatômicas do Usuário.

4.2. O molde auricular deve ser confeccionado especialmente para cada Usuário.

4.3. Em criança até 24 (vinte quatro) meses o molde poderá ser renovado trimestralmente e a partir desta idade com intervalos semestrais.

4.4. Em adulto o molde deverá ser renovado uma vez por ano

4.5. Exceções em que a periodicidade da renovação do molde pode variar:

- 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

5.1. Deve constar no prontuário do Usuário:

- Os valores do ganho, resposta de frequência e saída máxima prescritos a partir dos limiares auditivos e/ou medidas supraliminares.
- A regra prescritiva utilizada para estes cálculos.
- As características dos circuitos especiais, as entradas alternativas, a necessidade de AASI por condução óssea.

5.2. Na seleção de ganho e saída máxima para bebês e crianças até 3 (três) anos devem, necessariamente, ser utilizados métodos prescritivos que considerem a medida da diferença entre o acoplador e a orelha real (RECD).

5.3. Os aparelhos selecionados devem estar devidamente registrados pelos fabricantes e distribuidores junto a ANVISA .

5.4. Os aparelhos selecionados devem estar classificados segundo os tipos com as características MÍNIMAS e recursos eletroacústicos, conforme apresentado abaixo:

**C A R A C T E R Í S T I C A S   M Í N I M A S \***

<b>Tipo A</b>	<b>Tipo B</b>	<b>Tipo C</b>
digital	digital programável	digital programável
2 canais	4 canais	6 canais
controle de volume manual ou automático	controle de volume manual ou automático	controle de volume manual ou automático
compressão WDRC	compressão WDRC	compressão WDRC
entrada de áudio nos retroauriculares*	2 programas de áudio (manual ou automático)	3 programas de áudio (manual ou automático)
redução de ruído	entrada de áudio nos retroauriculares	entrada de áudio nos retroauriculares
gerenciador de microfonia ativo sem redução de ganho	bobina telefônica manual ou automática*	bobina telefônica manual ou automática*
bobina telefônica*	redução de ruído	redução de ruído
microfone omni ou direcional	gerenciador de microfonia ativo sem redução de ganho	gerenciador de microfonia ativo sem redução de ganho
	microfone omni e direcional fixo*	microfone omni e direcional adaptativo
	registro de dados de uso	registro de dados de uso
* se houver espaço no dispositivo		
	<b>sistema de adaptação por via óssea</b>	<b>sistema de adaptação cross</b>
	digital	digital programável
	1 canal	2 canais
	controle de volume manual ou automático	controle de volume manual ou automático
	compressão	compressão
	entrada de áudio (q.do BTE convencional)	entrada de áudio (q.do BTE convencional)
	sistema de sustentação (arco ajustável ou banda elástica)	conectividade sem fio
	vibrador ósseo	adaptador cross
	fio simples 3 pinos	
		<b>sistema de conectividade sem fio</b>
		digital programável
		6 canais
		controle de volume manual ou automático



		compressão WDRC
		3 programas de áudio (manual ou automático)
		entrada de áudio nos retroauriculares
		bobina telefônica manual ou automática*
		redução de ruído
		gerenciador de microfonia ativo sem redução de ganho
		microfone omni e direcional adaptativo
		registro de dados de uso
		conectividade sem fio com mídias de áudio

\* Como alguns fornecedores de AASI não utilizam a expressão canais, ou seja, um canal, dois canais e etc, aceita-se a expressão ajuste independente do ganho acústico e saída em determinado número de regiões de frequência. O mesmo ocorre para expressão “compressão WDRC” aceita-se “processamento não linear do sinal”.

Recomenda-se que o percentual de prescrição e fornecimento pelos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva das diferentes classes de tecnologia de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) seja de:

- Tipo A: 50%
- Tipo B: 35%
- Tipo C: 15%

## 6. Verificação do desempenho e benefício fornecido pelo aparelho

6.1. A verificação do ganho e saída máxima para diferentes sinais e níveis de entrada deverá ser realizada utilizando-se medidas com microfone sonda. Medidas em campo livre podem ser utilizadas para avaliação dos níveis mínimos de resposta com o AASI.

6.2. Com crianças menores de 3 anos devem ser necessariamente utilizados medidas com microfone-sonda para a avaliação objetiva da resposta saída com diferentes sons de entrada no acoplador e sendo utilizada a RECD (Real Ear To Coupler Difference) como fator de correção.

## 7. Avaliação de resultados

Objetivo: desempenho em testes de reconhecimento de fala;

Subjetivo: desempenho em atividades cotidianas e participação social.

### **3. ACOMPANHAMENTO**

O Serviço é responsável pelo acompanhamento periódico destes Usuários monitorando a perda auditiva e a efetividade do uso do AASI.

#### **Adultos (até 2 vez por ano - AASI)**

1. Avaliação Otorrinolaringológica
2. Avaliação Audiológica
  - 2.1. Audiometria tonal
  - 2.2. Logaudiometria
  - 2.3. Imitanciometria
  - 2.4. Audiometria em campo com e sem AASI
  - 2.5. Ganho de inserção
3. Testes de percepção de fala
4. Questionários de avaliação do benefício e satisfação
5. Avaliação e orientação do manuseio, aconselhamento, orientação sobre estratégias de comunicação
6. Reposição de molde auricular
7. Reposição de microtubos e olivas
8. Reposição de receptor do canal
9. Reposição de cápsulas dos aparelhos intracanal e microcanal quando necessário

#### **Usuários até 3 anos (até quatro vezes por ano)**

1. Avaliação otorrinolaringológica
2. Avaliação audiológica
  - 2.1. Imitanciometria
  - 2.2. Audiometria de Reforço Visual (VRA) a partir dos 5 meses
  - 2.3. Audiometria em campo livre com e sem AASI
  - 2.4. Verificação eletroacústica em acoplador de 2cc

## 2. 5. Medida do RECD

3. Protocolo de avaliação da função auditiva
4. Protocolo de avaliação do desenvolvimento de linguagem
5. Orientação à família quanto ao manuseio do AASI e seus componentes e conscientização quanto à necessidade da terapia fonoaudiológica
6. Reposição de molde auricular

### **Usuários maiores de 3 anos a 17 anos (até 2 vezes por ano)**

1. Avaliação otorrinolaringológica
2. Avaliação audiológica
  - 2.1. Imitanciometria
  - 2.2. Audiometria tonal
  - 2.3. Logaudiometria
  - 2.4. Audiometria em campo livre com e sem AASI
  - 2.5. Pesquisa do ganho de inserção
  - 2.6. Protocolos de avaliação da função auditiva
  - 2.7. Protocolos de avaliação do desenvolvimento de linguagem
  - 2.8. Orientação à família quanto ao manuseio e conscientização quanto à necessidade da terapia fonoaudiológica
  - 2.9. Reposição de molde auricular
  - 2.10. Reposição de microtubos e olivas
  - 2.11. Reposição de receptor o canal
  2. 12. Reposição de cápsulas dos aparelhos intracanal e microcanal 1 vez no ano

A indicação de reposição de AASI deve ocorrer nas seguintes situações:

- Perda auditiva progressiva comprovada, em que não há possibilidade de regulagem do AASI anteriormente adaptado.
  - Perda, furto ou roubo devidamente comprovado
  - Falha técnica do funcionamento dos componentes internos e/ou externos do AASI, findo o prazo de garantia do aparelho, sem condições de reparo.
- 
- No que se refere à **terapia fonoaudiológica**, deve-se considerar:

Que o Serviço de Reabilitação em Saúde Auditiva é responsável pela reabilitação integral destes Usuários devendo garantir a terapia fonoaudiológica:

- **Adultos:** terapias de 45 min., em séries de 6 sessões, individual ou em grupo. Avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução.
- **Crianças:** duas sessões semanais de 45 minutos, individual. Avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução.

#### 4. ACESSO

Uma das maiores prerrogativas do SUS é a garantia de acesso do usuário para a modalidade de atenção que necessita e, em tempo adequado, à sua demanda. Para isso, pode-se dispor de protocolos de diversas naturezas, que encaminhe a pessoa com eficiência na lógica da continuidade responsável do cuidado.

O acesso ao serviço de reabilitação auditiva é de fundamental relevância quando se pensa na capacidade das equipes para responder às demandas das pessoas atendidas, estando intimamente relacionados com as prioridades de atuação da equipe, com a população da área de abrangência, o perfil epidemiológico e os recursos disponíveis, de forma a viabilizar melhor qualidade de vida e maior grau de independência possível, incentivando a autonomia, a participação social, a dignidade e solidariedade humanas. Deve ser regulado pelo gestor local, estadual ou municipal, observado o Plano de Ação Regional, onde devem estar estabelecidos os fluxos assistenciais.

O usuário deve ser atendido prioritariamente no serviço mais próximo de sua residência e dentro de sua região de saúde que disponha de estrutura física e funcional e de uma equipe multiprofissional devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada para pessoas com deficiência auditiva.

## **5. CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO**

O enfoque do trabalho em saúde com pessoas com deficiência deve estar centrado na produção da autonomia e da participação efetiva dos usuários na construção de projetos de vida pessoais e sociais.

A reabilitação/habilitação prevê uma abordagem interdisciplinar e o envolvimento direto de profissionais, cuidadores e familiares nos processos de cuidado. As estratégias de ações para habilitação e reabilitação devem ser estabelecidas, nos Serviços de Reabilitação, a partir das necessidades particulares de cada indivíduo, de acordo com o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade. Neste sentido, a troca de experiências e de conhecimentos entre as várias áreas é de fundamental importância para a qualificação das práticas clínicas e para a eleição de aspectos prioritários a serem trabalhados em cada fase do processo de reabilitação.

Como em qualquer outro processo de trabalho, o projeto terapêutico definido para cada caso deve ser periodicamente revisado e alterado sempre que se fizer necessário, tanto em termos de objetivos, quanto em termos de estratégias a serem utilizadas.

## **6. NORMAS DE FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO/HABILITAÇÃO AUDITIVA**

6.1. O tratamento das deficiências auditivas podem ser os mais variados de acordo com o quadro clínico e o impacto da deficiência/perda auditiva sobre sua funcionalidade. Em seu contexto geral, devem considerar:

- Avaliação, Diagnóstico, seleção, adaptação do AASI e terapia fonoaudiológica, buscando desenvolver as capacidades comunicativas e favorecendo o desenvolvimento da autonomia pessoal, familiar e participação nos processos de inclusão escolar, social e/ou profissional;
- Estimulação precoce permitindo às crianças receber o máximo de estímulos essenciais pelos profissionais de saúde da equipe multidisciplinar favorecendo seu melhor potencial de desenvolvimento;
- Orientações aos cuidadores, acompanhantes e familiares como agentes colaboradores no processo de inclusão social e continuidade do cuidado;

- Orientar e desenvolver ações para promover a inclusão social, escolar, econômica e profissional;
- Orientar e apoiar as famílias para a adaptação do ambiente ao deficiente auditivo;
- Realizar reuniões periódicas de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos projetos terapêuticos;
- Atendimento individual e em grupo de acordo com as necessidades de cada usuário e suas disfunções específicas;
- Reavaliação periódica demonstrando com clareza a evolução do quadro clínico e as propostas terapêuticas a pequeno, médio e longo prazo;
- Articulação com a atenção básica para o desenvolvimento das ações específicas e capacitação dos profissionais neste nível de atenção;
- Promover a articulação com os outros pontos de atenção da Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência, visando garantir a integralidade do cuidado; Estimular estudos e pesquisas na área da deficiência auditiva;
- Articulação com as redes de serviço da saúde, assistência social, educação e cultura para inclusão mediante as necessidades do usuário.

6.2. Recursos Humanos: o serviço de Reabilitação em Saúde Auditiva deve contar com um responsável técnico, com nível superior, devidamente habilitado, que somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado no Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município onde está instalado o serviço ou cidade circunvizinha. Poderá, entretanto, atuar como profissional em outro serviço credenciado no SUS, desde que instalado no mesmo município ou cidade circunvizinha. O Serviço deverá dimensionar a sua equipe multiprofissional de acordo com os seguintes parâmetros:

<b>EQUIPE INTEGRADA</b>		
<b>MÉDICO</b>	<b>PSICOLOGO</b>	<b>FONOAUDIÓLOGO</b>
<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

- Estabelecimentos de saúde habilitados em um único serviço de reabilitação podem manter os parâmetros de formação das equipes dentro das exigências estabelecidas pelas normativas quando da data de sua habilitação;
- Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) devem cumprir as exigências técnicas deste instrutivo e observar a conformação das equipes mínimas do CER II, III ou IV, conforme expresso no **Anexo I** deste Instrutivo.
- É opcional a contratação do profissional assistente social.

6.3. Horário de funcionamento: os serviços de Reabilitação Física dos CER II, III ou IV terão funcionamento de 12 horas diárias de segunda à sexta, os profissionais deverão possuir carga semanal de 20h, 30h ou 40h, devendo ser observadas as combinações expressas no **Anexo I**, que define a proporcionalidade da equipe mínima por turno de 4 horas em cada tipo de CER.

6.4. Especificamente para os médicos, fica instituído que o estabelecimento de saúde deve garantir a contratação de médicos especialistas para cada modalidade de reabilitação prestada, conforme item 6.6. deste instrutivo, dimensionando o número de profissionais de modo à garantir o acesso e a qualidade dos serviços prestados aos usuários em cada uma das especialidades.

6.5. Para os estabelecimentos habilitados até a data anterior a publicação da Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012 no serviço de reabilitação visual, permanecem as exigências técnicas estabelecidas quando da data de sua habilitação.

6.6. Qualificação dos profissionais: para fins de credenciamento/habilitação os profissionais deverão apresentar a seguinte documentação:

- Médico otorrinolaringologista ou foniatra – registro profissional e título de especialista em otorrinolaringologia pela Associação Médica Brasileira ou residencia reconhecida pelo MEC.
- Psicólogo – registro profissional;
- Fonoaudiólogo – registro profissional.

No caso dos serviços que optarem pela contratação do Assistente Social, o mesmo deverá apresentar registro profissional.

6.7. Pacientes/mês: para os CER (II, III ou IV) que terão funcionamento de 60 horas semanais, poderão realizar, em média, o atendimento de 150 usuários/mês. Para os estabelecimentos habilitados até a data anterior a publicação da Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012 no serviço de reabilitação auditiva, permanecem as exigências técnicas estabelecidas quando da data de sua habilitação. Ambos devem garantir o atendimento integral aos usuários por meio de diagnóstico, tratamento clínico, seleção, adaptação, fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual – AASI e terapia fonoaudiológica, conforme suas necessidades.

6.8. Instalações Físicas: estar em conformidade com as Normas para Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiências a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos (NBR 9050:1994) e obedecer as normas de caracterização visual. O Serviço de Reabilitação Auditiva deverá ter estrutura física para abrigar os seguintes setores:

- a) Recepção;
- b) Sala de Espera de acompanhantes;
- c) Serviço de Prontuário do Paciente – SPP;
- d) 1 Consultório para consultas médicas;
- e) 4 salas de intervenções terapêuticas para adultos e crianças;
- f) 1 Sala com cabina acústica, campo livre, reforço visual e equipamentos para avaliação audiológica;
- g) 1 Sala para exame complementar – Potencial Evocado Auditivo e para exame complementar – EOA
- h) 1 Sala com equipamentos específicos para seleção e adaptação de AASI;
- i) 1 Sala para atividades em grupo e reunião de equipe;
- j) 2 Box para eletroterapia;
- k) 1 Sala de Atividades de Vida Diária/AVD;
- l) 1 Sala de atividade em grupo;



- m) Depósito de material de limpeza;
- n) Almoxarifado;
- o) Sanitários independentes (feminino e masculino) com trocador para bebê;
- p) Sanitário independente para pessoa com deficiência;
- q) Copa para os funcionários;
- r) Banheiro e Vestiários para os funcionários.

6.9. Materiais e Equipamentos: o serviço de Reabilitação Auditiva deverá dispor, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos:

- a) Emissões Otoacústicas (evocadas transientes e por produto de distorção); b) Potenciais Evocados Auditivos de curta, média e longa latência;
- c) Audiômetro de dois canais; d) Imitanciômetro multifreqüencial;
- e) Cabina acústica;
- f) Sistema de campo livre;
- g) Sistema completo de reforço visual;
- h) Equipamento de verificação eletroacústica – ganho de inserção;
- i) HI-PRO;
- j) Programas de computação periféricos para programação de AASI;
- k) Conjunto de acessórios para AASI - testador de baterias, baterias, aspirador, estetoscópio, desumidificador, presilhas, alicate;
- l) Caneta otoscópio, seringa e massa para pré-moldagem;
- m) Conjuntos de modelos de AASI adequados aos diferentes graus e tipos de perda auditiva para testes de seleção (no mínimo 3 conjuntos);
- n) Esfigmomanômetro (adulto e infantil); o) Estetoscópio duplo;
- p) Foco Frontal;
- q) Otoscópio;
- r) Espelho Nasal (adulto e infantil);
- s) Espelho Auricular (adulto e infantil);
- t) Diapasão;
- u) Pinças (dente de rato, sem dente e em baioneta);

- v) Aspirador a vácuo com pontas de calibres diferenciados;
- w) Curetas para remoção de cerume;
- x) Seringa para remoção de cerume;
- y) Autoclave;
- z) Estilete porta-algodão;
- aa) Computador;
- bb) Impressora;
- cc) Cadeira de otorrinolaringologia;
- dd) Maca estofada com cabeceira regulável;
- ee) Escada de ferro;
- ff) Lixeira para lixo hospitalar;
- gg) Espelho Fixo;
- hh) Testes Psicológicos;
- ii) Conjunto básico de instrumentos musicais;
- jj) Jogos de encaixe;
- kk) Brinquedos para ludoterapia e terapia fonoaudiológica;
- ll) Brinquedos para faixa etária 0 – 3 anos;

O gestor estadual ou municipal deverá instituir serviço próprio ou celebrar contrato, convênio ou congênere com o Serviço de Atenção às Pessoas com Deficiência Auditiva, especificando a forma de regulação do serviço, e os indicadores qualitativos e quantitativos que serão utilizados para avaliar o serviço e condicionar o repasse dos recursos financeiros ao cumprimento das normas deste instrutivo.

## **II. NORMAS DE CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO DE SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO AUDITIVA**

### **1. NORMAS GERAIS**

#### **1.1. Processo de Credenciamento**

Entende-se por credenciamento de serviços de reabilitação auditiva o ato do Gestor Municipal ou Estadual do SUS identificar as unidades prestadores de serviços ao SUS devidamente cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

1.1.2 O processo de credenciamento de serviços de reabilitação auditiva inicia-se com a solicitação do estabelecimento de saúde ao Gestor local do SUS, ou por iniciativa deste.

1.1.3 O respectivo Gestor do SUS, uma vez concluída a análise preconizada, atendida a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos para credenciamento, dará início ao processo de credenciamento. A ausência desta avaliação ou da aprovação por parte do respectivo Gestor do SUS impede a seqüência do processo.

1.1.4 O processo de credenciamento deverá ser formalizado pela Secretaria Estadual de Saúde ou pela Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com a divisão de responsabilidades estabelecidas no Pacto pela Saúde - Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e sua regulamentação deverá ser instruída com:

- a) Documentação comprobatória, do cumprimento das exigências para o credenciamento, estabelecida por este instrutivo e pelas portarias Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012;
- b) Parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS - manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento. No caso de processo formalizado por Secretaria Municipal de Saúde, deverá constar, além do parecer do Gestor, o parecer do Gestor estadual do SUS, que será responsável pela

integração do serviço como ponto de atenção da Rede de cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e a definição dos fluxos assistenciais;

c) Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB aprovando o credenciamento do serviço;

d) Alvará de Funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária.

e) Formulário para vistoria do gestor (**Anexo II** deste instrutivo), devidamente preenchido apensado os seus documentos comprobatórios.

1.1.5 Uma vez emitido parecer favorável a respeito do credenciamento pelo(s) Gestor(es) do SUS o processo ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

1.1.6 A Secretaria de Estado da Saúde encaminhará à Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, os documentos listados no item 1.1.4 e planilha contendo informações sobre a produção do estabelecimento de saúde que já estava credenciado no SUS e a proposta de ampliação e/ou inclusão de novos serviços de saúde.

## **1.2. Processo de Habilitação**

Entende-se por habilitação de serviço de reabilitação auditiva o ato do Gestor Federal que ratifica o credenciamento do Gestor Municipal ou Estadual do SUS.

1.2.1 O Ministério da Saúde avaliará, por meio da Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde os documentos enviados pelo Gestor Estadual de Saúde, contendo proposta de Plano de Ação Regional e dos Planos de Ação Municipais aprovados na CIB, conforme estabelecido na Portaria GM nº 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012;

1.2.2 Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS tomará as providências para a publicação da Habilitação.

1.2.3 A habilitação, se necessário, estará vinculada à vistoria in loco pelo Ministério da Saúde.

1.2.4 Em caso de pendências o Ministério da Saúde encaminhará à respectiva Secretaria de Estado da Saúde o relatório da análise técnica para conhecimento, manifestação e providências.

### 1.3. Registro das Informações do Usuário

O serviço deve possuir um prontuário único para cada usuário, devidamente ordenados no Serviço de Prontuário de Paciente, que inclua todos os atendimentos a ele prestados, contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

### 1.4 Instalações Físicas

As instalações físicas do serviço de reabilitação física deverão estar em conformidade com as Normas para Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiências a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos (NBR 9050:2004).

A área física para estocagem dos equipamentos deve atender as normas vigentes para o acondicionamento. Deverão possuir Alvará de Funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a) RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

b) Resolução Nº 05, de 05 de agosto de 1993, do CONAMA - Conselho Nacional de Meio Ambiente.

## 1.5. Manutenção da Habilitação

A manutenção da habilitação estará condicionada:

- a) Ao cumprimento continuado, pelo serviço, das Normas estabelecidas nas Portarias vigentes;
- b) À avaliação e auditorias periódicas ou recomendadas pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, executadas pela Secretaria de Saúde sob cuja gestão esteja a Unidade.
- c) O Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas DAPES/SAS/MS, por intermédio da Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência, determinará a suspensão ou a manutenção da habilitação, amparado no cumprimento das normas estabelecidas na portaria vigente, nos relatórios periódicos de avaliação e na produção anual.

## ANEXO I

### REFERÊNCIA PARA COMPOSIÇÃO DE EQUIPE MÍNIMA POR TIPO DE CER

CERII		EQUIPE MÍNIMA	
VISUAL	AUDITIVA	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária/semanal
MÉDICOS		2	20h
ENFERMEIROS		0	----
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1	40h
TEC ENFERM - opcional		0	----
T. MOBILIDADE - opcional		2	30h
FISIOTERAPEUTA		2	30h
FONOAUDIOLOGO		6	30h
PSICOLOGO		2	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL		4	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional		1	40h
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		1	40h
PEDAGOGO - opcional		1	40h

CERII		EQUIPE MÍNIMA POR TURNO (4 horas)	
VISUAL	FISICA	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária/semanal
MÉDICOS		2	20h
ENFERMEIROS		2	30h
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1	40h
TEC ENFERM - opcional		2	30h
T. MOBILIDADE - opcional		2	30h
FISIOTERAPEUTA		8	30h
FONOAUDIOLOGO		2	30h
PSICOLOGO		2	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL		6	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional		1	40h
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		1	40h
PEDAGOGO - opcional		1	40h

CERII		EQUIPE MÍNIMA	
VISUAL	INTELLECTUAL	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária/semanal
MÉDICOS		2	20h
ENFERMEIROS		0	----
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1	40h
TEC ENFERM - opcional		0	----
T. MOBILIDADE - opcional		2	30h
FISIOTERAPEUTA		2	30h
FONOAUDIOLOGO		6	30h
PSICOLOGO		4	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL		6	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional		1	40h
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		1	40h
PEDAGOGO - opcional		1	40h

CERII		EQUIPE MÍNIMA	
AUDITIVA	FISICA	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária/semanal
MÉDICOS		2	20h
ENFERMEIROS		2	30h
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1	40h
TEC ENFERM - opcional		2	30h
T. MOBILIDADE - opcional		0	----
FISIOTERAPEUTA		6	30h
FONOAUDIOLOGO		8	30h
PSICOLOGO		2	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL		4	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional		0	----
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		0	----
PEDAGOGO - opcional		0	----



CERII		EQUIPE MÍNIMA	
AUDITIVA	INTELLECTUAL	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária/semanal
MÉDICOS		2	20h
ENFERMEIROS		0	----
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1	40h
TEC ENFERM - opcional		0	----
T. MOBILIDADE - opcional		0	----
FISIOTERAPEUTA		0	----
FONOAUDIOLOGO		8	30h
PSICOLOGO		4	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL		4	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional		0	----
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		0	----
PEDAGOGO - opcional		1	40h

CERII		EQUIPE MÍNIMA	
INTELLECTUAL	FISICA	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária/semanal
MÉDICOS		2	20h
ENFERMEIROS		2	30h
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1	40h
TEC ENFERM - opcional		2	30h
T. MOBILIDADE - opcional		0	----
FISIOTERAPEUTA		6	30h
FONOAUDIOLOGO		6	30h
PSICOLOGO		4	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL		6	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional		0	----
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		0	----
PEDAGOGO - opcional		1	40h

CER III			EQUIPE MÍNIMA	
VISUAL	FISICA	AUDITIVA	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária/semanal
MÉDICOS			3	20h
ENFERMEIROS			2	30h
ASSISTENTE SOCIAL - opcional			1	40h
TEC ENFERM - opcional			2	30h
T. MOBILIDADE - opcional			2	30h
FISIOTERAPEUTA			8	30h
FONOAUDIOLOGO			8	30h
PSICOLOGO			2	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL			4	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional			1	40h
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional			1	40h
PEDAGOGO - opcional			1	40h

CER III			EQUIPE MÍNIMA	
VISUAL	FISICA	INTELLECTUAL	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária/semanal
MÉDICOS			3	20h
ENFERMEIROS			2	30h
ASSISTENTE SOCIAL - opcional			1	40h
TEC ENFERM - opcional			2	30h
T. MOBILIDADE - opcional			2	30h
FISIOTERAPEUTA			8	30h
FONOAUDIOLOGO			6	30h
PSICOLOGO			4	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL			8	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional			1	40h
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional			1	40h
PEDAGOGO - opcional			1	40h

CER III			EQUIPE MÍNIMA	
VISUAL	AUDITIVA	INTELLECTUAL	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária/semanal
MÉDICOS			3	20h
ENFERMEIROS			0	----
ASSISTENTE SOCIAL - opcional			1	40h
TEC ENFERM - opcional			0	----
T. MOBILIDADE - opcional			2	30h
FISIOTERAPEUTA			2	30h
FONOAUDIOLOGO			8	30h
PSICOLOGO			4	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL			8	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional			1	40h
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional			1	40h
PEDAGOGO - opcional			1	40h

CER III			EQUIPE MÍNIMA	
FISICA	AUDITIVA	INTELLECTUAL	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária Semanal
MÉDICOS			3	20h
ENFERMEIROS			2	30h
ASSISTENTE SOCIAL - opcional			1	40h
TEC ENFERM - opcional			2	30h
T. MOBILIDADE - opcional			0	----
FISIOTERAPEUTA			6	30h
FONOAUDIOLOGO			8	30h
PSICOLOGO			4	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL			8	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional			0	----
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional			0	----
PEDAGOGO - opcional			0	----

CER IV		EQUIPE MÍNIMA	
VISUAL AUDITIVA	FISICA INTELECTUAL	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária Semanal
MÉDICOS		4	20h
ENFERMEIROS		2	30h
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1	40h
TEC ENFERM - opcional		2	30h
T. MOBILIDADE - opcional		2	30h
FISIOTERAPEUTA		10	30h
FONOAUDIOLOGO		10	30h
PSICOLOGO		4	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL		10	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional		1	40h
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		1	40h
PEDAGOGO - opcional		1	40h

\* Quando o CER habilitado em Reabilitação Física, solicitar também a habilitação em Serviço de Atenção à Pessoa Ostromizada, deve agregar à equipe **um profissional Nutricionista**, com carga horária de 40h.

**ANEXO II**

**FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR**

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

**SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO AUDITIVA**

NOME DA UNIDADE: \_\_\_\_\_

CNES: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL TÉCNICO: \_\_\_\_\_

Entrevistados: \_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Entrevistadores (delegados): \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

**TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA)**

FEDERAL ( )

ESTADUAL ( )

MUNICIPAL ( )

FILANTRÓPICA ( )

PRIVADO ( )

**COMPOSIÇÃO DA EQUIPE MÍNIMA MULTIPROFISSIONAL** (cópia do diploma de graduação e/ou especialização na área, cópia do registro no conselho de classe profissional)

Coordenador \_\_\_\_\_

Médico Responsável \_\_\_\_\_

Fonoaudiólogo \_\_\_\_\_

Psicólogo \_\_\_\_\_

Outro profissional \_\_\_\_\_

Existência de Prontuário Único?

( ) SIM NÃO( )

Existência de Protocolos e Diretrizes Clínicas?

( ) SIM NÃO( )

Existência de instalações físicas em conformidade com as Normas para Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiências a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos (NBR 9050:2004)?

( ) SIM NÃO( )

**AVALIAÇÃO DO DIRETOR DA UNIDADE / CHEFE DE SERVIÇO**

CONHECENDO AS CONDIÇÕES TÉCNICAS DO SERVIÇO QUE CHEFIO E AS EQUIPES TÉCNICAS QUE NELA PRESTAM ATENDIMENTO NA ÁREA DE REABILITAÇÃO AUDITIVA, INFORMO QUE A UNIDADE TEM CONDIÇÕES E DISPONIBILIDADE, DE PRESTAR ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

DECLARO AUTÊNTICAS AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE CADASTRO

Assinatura do Diretor ou Chefe de Serviço (carimbo e nº do registro em conselho profissional)

CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS (Observações relativas ao Serviço)

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura/Carimbo \_\_\_\_\_

Cargo/Função \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_