

Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: REABILITAÇÃO AUDITIVA ADULTO.....	4
Mudanças da nova versão.....	5
Protocolo 1 – Hipoacusia / Perda Auditiva e Protetização Auditiva.....	6
REFERÊNCIAS.....	7
APÊNDICES – QUADROS AUXILIARES.....	9

Protocolos de Regulação Ambulatorial: Reabilitação Auditiva Adulto

O protocolo de Reabilitação Auditiva Adulto foi publicado como parte integrante da [Estratégia RegulaSUS](#) de otimização do acesso à atenção especializada. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Reabilitação Auditiva Adulto. Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas, incluindo a expectativa do profissional assistente com o encaminhamento.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente. Sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios nos locais sem esses recursos e sua falta não impede a solicitação de consulta especializada.

Pacientes com indicação de avaliação para implante coclear ou com outras deficiências associadas devem ter preferência no encaminhamento à Reabilitação Auditiva, quando comparados com outras condições clínicas previstas nesses protocolos.

Os serviços de reabilitação auditiva que compõem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) estão distribuídos nas 30 regiões de saúde do Estado, sendo eles de modalidade única ou compondo um Centro Especializado de Reabilitação (CER) com outra(s) área(s) de deficiência. O acesso à Reabilitação Auditiva ocorre a partir da solicitação no sistema de regulação do município de residência do usuário. As vagas mensais são reguladas pelas Coordenadorias Regionais de Saúde ou Central de Regulação Estadual ou Municipal, conforme protocolo de prioridade.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta do serviço especializado, o documento de referência, com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

Elaborado em 31 de julho de 2020.
Última revisão em 5 de abril de 2023.

Protocolo 1 – Hipoacusia / Perda Auditiva e Protetização Auditiva

Em pacientes com queixa de hipoacusia recomenda-se excluir causas reversíveis, como causas infecciosas ou mecânicas (cerume obstrutivo, por exemplo). Recomenda-se testar a audição, iniciando-se pelo **teste do sussurro** (sussurrar baixo uma informação em cada ouvido do paciente, com o ouvido contralateral ocluído, posicionando-se por trás da pessoa, a uma distância aproximada de 33 cm, depois pedir ao paciente que repita o que foi sussurrado). Quando a hipoacusia for confirmada, seguir com os **testes de Weber e Rinne** ([quadro 1](#)).

A oferta de exames audiológicos pode variar conforme as pactuações regionais. Caso a Secretaria Municipal de Saúde não tiver conhecimento da pactuação vigente, orienta-se contato com a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- perda auditiva aguda na suspeita de condição subjacente grave ([quadro 2](#));
- perda auditiva de início agudo sem condição subjacente identificável pela história ou por exame físico.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Auditiva:

- perda auditiva neurossensorial, identificada por audiometria, em paciente motivado a usar aparelho de amplificação sonora individual (AASI);
- perda auditiva neurossensorial de grau severo e/ou profundo bilateral ([quadro 3](#)), identificada por audiometria, sem resposta ao uso de AASI, após avaliação em serviço de referência regional de reabilitação - avaliação para implante coclear (ver indicações no [quadro 4](#));
- perda auditiva condutiva ou mista, identificada por audiometria, com indicação de AASI ou prótese auditiva ancorada no osso, após avaliação por otorrinolaringologista;
- situações clínicas que necessitem realização de PEATE ([quadro 5](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Otorrinolaringologia:

- perda auditiva condutiva ou mista ([quadro 1](#)) com otoscopia normal, confirmada por audiometria;
- perda auditiva neurossensorial unilateral progressiva;
- perda auditiva associada à otite média crônica (perfuração timpânica, otosclerose, colesteatoma, otite média com efusão - [quadro 6](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (duração, gravidade dos sintomas, presença de zumbido, plenitude auricular, vertigem, se há deficiência visual, intelectual e/ou física associadas, e/ou dificuldades para estudar ou trabalhar devido à perda auditiva);
2. informar se o paciente fez ou já faz uso de aparelho auditivo (especialmente se encaminhado para Reabilitação Auditiva);
3. descrição da otoscopia;
4. anexar resultado de audiometria tonal liminar, com descrição do grau e do tipo da perda auditiva, em cada orelha, quando realizada, com data;
5. anexar resultado de outros exames que complementem o diagnóstico audiológico, incluindo nome do procedimento, resultado e data;
6. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

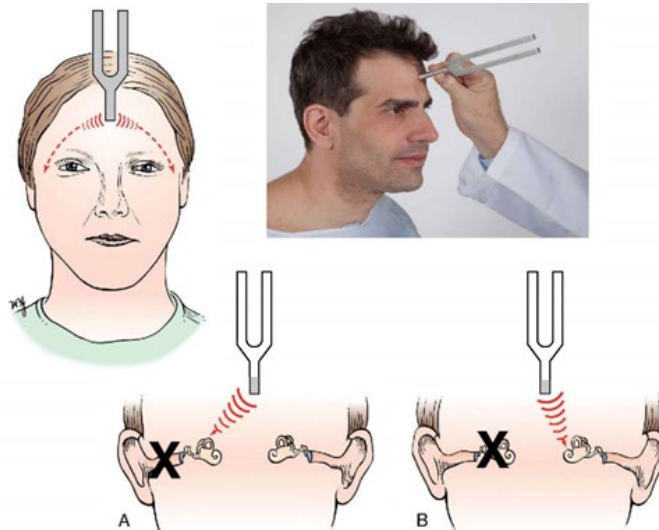
Apêndices – quadros auxiliares

Quadro 1 – Testes de Weber e Rinne para avaliação de tipo de perda auditiva.

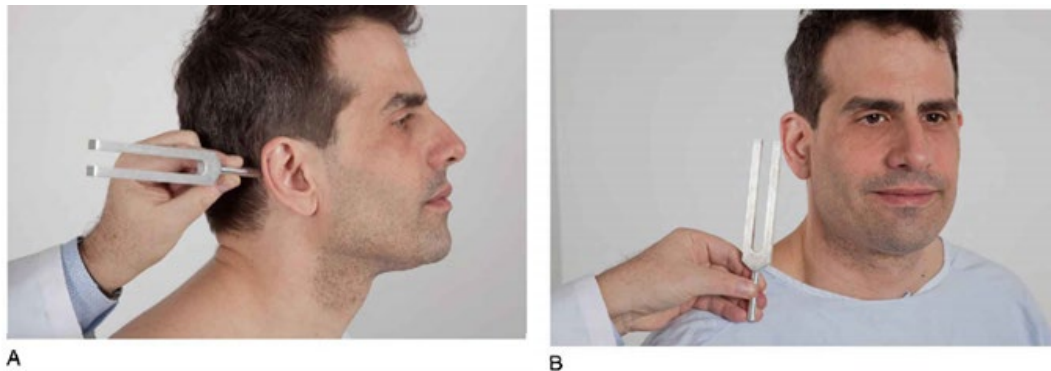
Teste de Weber: Colocar a base de um diapasão vibrando na linha mediana, preferencialmente sobre o vértice do crânio (conforme a figura), mas podendo também ser colocado sobre a ponte nasal ou o maxilar. Em um teste normal, não há lateralização do som.

(A) - Na presença de perda auditiva condutiva do lado direito, o som é ouvido do lado direito e vice-versa;

(B) - Na presença de perda neurossensorial à direita, o som é melhor ouvido ou localizado do lado esquerdo e vice-versa.



Teste de Rinne: Colocar a base de um diapasão vibrando no osso mastoide, atrás da orelha. Pedir ao paciente que indique quando o som não for mais ouvido. Então, colocar o diapasão na frente do meato acústico externo e perguntar se agora é audível. Em um teste normal, a condução aérea (CA) costuma ser melhor do que a condução óssea (CO), ou seja, $CA > CO$. Com perda condutiva, $CA < CO$ e paciente não ouvirá quando o diapasão for colocado na frente do meato acústico externo.



Comparação entre os testes:

Tipo de perda auditiva	Teste de Rinne	Teste de Weber
Hipoacusia condutiva (perfuração timpânica, fluido no ouvido médio, otosclerose)	$CO > CA$ (teste negativo ou anormal)	Lateralização para o lado anormal
Hipoacusia neurossensorial (danos no ouvido interno - cóclea, vestibulo, canais semicirculares ou no nervo auditivo)	$CO < CA$ (teste positivo ou normal)	Lateralização para o lado normal

CO = condução óssea; CA = condução aérea.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Swartz (2015) e Weber (2022).

Quadro 2 – Perda auditiva aguda em adultos por condições graves.

Causas de perda auditiva aguda:
• infecção aguda grave (meningite, mastoidite, neurosífilis); • trauma (traumatismo cranioencefálico, trauma de ouvido médio, perfuração por corpo estranho); • doença neurológica aguda (acidente vascular encefálico); • tumores; • doença autoimune aguda (associada a doenças sistêmicas descompensadas, como granulomatose com poliangite, síndrome de Cogan, artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico, poliarterite nodosa ou policondriterecidivante); • otite externa necrotizante.
Sinais e sintomas de gravidade na avaliação da perda auditiva aguda:
• sintomas ou sinais neurológicos (como cefaleia nuchal, sinais meníngeos, borramento visual, diplopia, disartria, parestesia, paresia, dismetria, ataxia); ou • vertigem de origem central (nistagmo vertical ou em outras direções - horizontal, rotatório ou multidirecional, sem latência, não fatigável e não inibido com a fixação do olhar); ou • grave desequilíbrio e dificuldade para caminhar ou mesmo ficar em pé; ou • história de trauma - sinais de hemotímpano ou otalgia sanguinolenta.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Weber (2022) e Dynamed (2021).

Quadro 3 – Classificação do grau da perda auditiva segundo a Organização Mundial de Saúde (2014).

Graus de perda auditiva	Média entre as frequências de 0,5, 1, 2, 4 kHz	Desempenho esperado
Adulto		
Audição normal	0 – 25 dB	Nenhuma ou pequena dificuldade; capaz de ouvir cochichos.
Leve	26 – 40 dB	Capaz de ouvir e de repetir palavras em volume normal, a 1 metro de distância.
Moderado	41 – 60 dB	Capaz de ouvir e de repetir palavras em volume elevado, a 1 metro de distância.
Severo	61 – 80 dB	Capaz de ouvir palavras em voz gritada próximo à melhor orelha.
Profundo	>81 dB	Incapaz de ouvir e de entender, mesmo em voz gritada na melhor orelha.

Fonte: World Health Organization (2006).

Quadro 4 – Indicações e contraindicações ao implante coclear em adultos.

A elegibilidade será decidida por equipe do serviço de reabilitação auditiva de referência regional.

Critérios gerais para indicação de implante coclear
• perda auditiva severa e profunda em ambas as orelhas, com desempenho em campo aberto¹ igual ou pior que 50 dB nas frequências de 500 a 4000 Hz, com o uso de próteses acústicas convencionais (AASI), e todos os seguintes critérios: ▪ anatomia favorável e condições clínicas para submeter-se ao procedimento; ▪ condições adequadas de reabilitação na cidade de origem ou na instituição de referência regional (a fonoterapia deverá ser realizada no município de referência, quando houver profissional fonoaudiólogo, ou no Serviço de Reabilitação Auditiva ou Centro Especializado em Reabilitação de referência regional); ▪ paciente e/ou família motivados, com condições sociais e expectativas adequadas, assim como comprometidas a zelar pelo equipamento. • Contraindicações ao implante coclear: ▪ surdez pré-lingual² em adolescentes e adultos não reabilitados por método oral; ▪ pacientes com agenesia coclear ou do nervo coclear bilateral; ▪ contraindicações clínicas.
Critérios específicos para implante coclear em adultos
• ter linguagem oral estabelecida; • sem limite da idade; • discriminação em campo aberto sem leitura pior que 50% em uso de AASI.

¹Audiometria em campo aberto é realizada para medir ganho funcional com uso dos aparelhos auditivos;

²Surdez pré-lingual é a que se instala antes que a criança tenha tido contato suficiente com a linguagem oral para desenvolver a comunicação verbal.

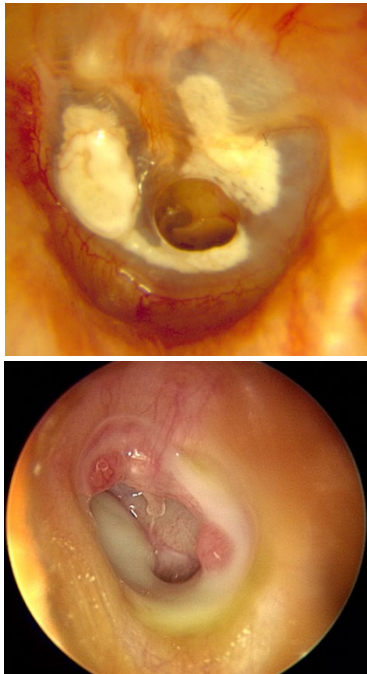
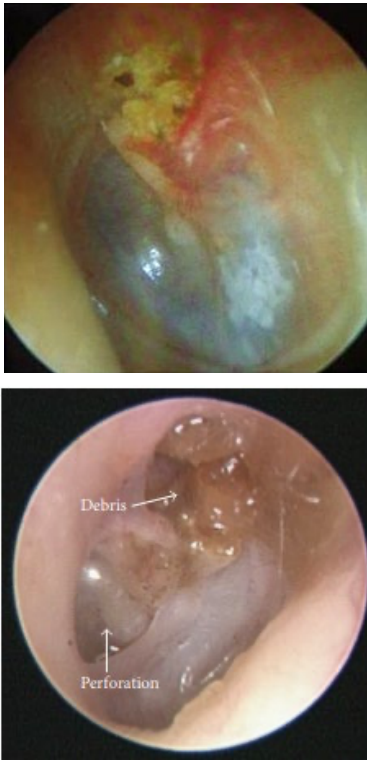
Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2014).

Quadro 5 – Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE, ou, em inglês, BERA – Brainstem Evoked Response Audiometry).

• mensuração objetiva da audição em adultos para fins diagnósticos e legais (simulação, dissimulação); • condições de difícil avaliação por meio dos procedimentos audiológicos de rotina (como pacientes com transtornos psiquiátricos); • avaliação auditiva de pacientes com transtornos neurológicos ou cognitivos (como meningite, traumatismo cranioencefálico, lesões do tronco encefálico, esclerose em placa, leucodistrofias, doença de Alzheimer, tumores intracranianos da fossa posterior, doenças degenerativas); • diagnóstico diferencial da deficiência auditiva: ▪ baixa discriminação em testes de fala; ou ▪ suspeita de Espectro da Neuropatia Auditiva; ou ▪ audição flutuante e/ou progressão da perda auditiva; • diagnóstico diferencial de doenças otológicas: ▪ detecção de tumores do nervo acústico; ou ▪ suspeita de lesões neurológicas do nível do VIII nervo até o mesencéfalo.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Simião (2020).

Quadro 6 – Avaliação das otites médias crônicas e do colesteatoma.

Tipo de Otite	Características clínicas	Aspecto na otoscopia
Otite média crônica (OMC)	<u>OMC benigna (ou inativa):</u> caracterizada por uma perfuração seca da membrana timpânica (MT), sem infecção ativa; <u>OMC com efusão (anteriormente conhecido como otite média serosa crônica):</u> condição inflamatória crônica com líquido no ouvido médio, sem sinais ou sintomas agudos; <u>OMC supurativa:</u> diagnosticada quando há drenagem purulenta persistente através de uma MT perfurada.	
Colesteatoma	Coleção epitelial queratinizada e descamativa na orelha média ou mastoide. Pode ocorrer secundariamente à perfuração da MT ou como lesão primária. <u>Ativo:</u> presença de otorreia. <u>Inativo:</u> ausência de otorreia.	

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Limb, Lustig e Klein (2022), Kuo *et al.* (2015) e Dynamed (2021).