



---

## RESPOSTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Juiz de Direito Dra. Maysa Silveira Urzêdo

PROCESSO Nº.:0778180014772

SECRETARIA: VARA ÚNICA

COMARCA: Arinos

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE:MFSA

IDADE: 7 anos

PEDIDO DA AÇÃO: processador de fala

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 490

FINALIDADE / INDICAÇÃO: tratamento de perda de audição neurosensorial

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 96453

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2018.000661

II – PERGUNTAS DO JUÍZO: Segundo relatório médico, o autor é portador de Perda de audição neurosensorial bilateral (CID 490.3), necessita do processador de fala marca Cochlear/Politec (uso acoplado à unidade interna do dispositivo – implante coclear). Traz que o paciente já utiliza implante coclear com unidade interna marca Cochlear/Politec com processador Freedom. Relata que o referido aparelho necessita de troca de peças, contudo, devido à descontinuidade da produção do processador, não há mais peças disponíveis para este modelo.

Nesse sentido, gostaria de informações sobre:

Qual aparelho/processador de fala é indicado para o tratamento da doença do autor (CID 490.3)?

O aparelho Processador de Som Nucleus 6 Modelo CP910 é indicado para o tratamento da doença da autora (CID I48)?

O aparelho Processador de Som Nucleus 6 Modelo CP910 é autorizado pela Anvisa?

O aparelho Processador de Som Nucleus 6 Modelo CP910 é fornecido pelo



SUS?Não

Em caso negativo, há outro aparelho similar fornecido pelo SUS?

### III – CONSIDERAÇÕES:

De acordo Portaria GM/MS de 2.776 de 2014 que trata das Diretrizes da Pessoa Portadora de Deficiência Auditiva prótese coclear está contemplado pelo SUS . Quanto a exigência da marca trata-se de uma preferência do paciente/prescritor de acordo com experiência, familiaridade com o equipamento. De acordo com os critérios da portaria, descritos abaixo, quanto a indicação e manutenção do equipamento observamos que o quadro do paciente é contemplado pela portaria e portanto pelo SUS. Paciente apresenta os critérios de indicação determinados portaria.

#### A. CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO DO IMPLANTE COCLEAR

**1. CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO: O uso de implante coclear está indicado para habilitação e reabilitação auditiva de pessoas que apresentem perda auditiva neurossensorial bilateral, de grau severo a profundo.**

1.1. Crianças com até 4 anos de idade incompletos, que apresentem perda auditiva neurossensorial, de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios

a) Experiência com uso de aparelhos de amplificação sonora individual (por um período mínimo de três meses) e idade mínima de 18 meses na perda auditiva severa. Idade mínima de 6 meses em casos de meningite e/ou surdez profunda de etiologia genética comprovada, e nestes casos, não é obrigatória a experiência com AASI.

b) Falta de acesso aos sons de fala em ambas as orelhas com AASI, ou seja, limiares em campo livre com AASI piores que 50dBNA nas frequências



da fala (500Hz a 4 kHz);

c) Adequação psicológica e motivação da família para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;

d) Acesso à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência).e) Compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica;

1.2. Crianças a partir de 4 até 7 anos de idade incompletos, que apresentem perda auditiva neurossensorial, de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) Resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor do que 50% na orelha a ser implantada;

b) Presença de indicadores favoráveis para o desenvolvimento de linguagem oral mensurado por protocolos padronizados;

c) Adequação psicológica e motivação da família para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de habilitação e reabilitação fonoaudiológica;

d) Acesso e adesão à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de habilitação e reabilitação auditiva

**C. MANUTENÇÃO DO IMPLANTE COCLEAR** O serviço é responsável pela reabilitação integral dos pacientes, devendo garantir, quando necessário e dentro do período de garantia a manutenção do implante coclear daqueles que se encontram em acompanhamento. No caso do componente externo, dentro no período de 6 anos estão previstos todos os itens fundamentais para o perfeito funcionamento do componente externo, além de um episódio de dano, perda ou roubo comprovado, por boletim de ocorrência, e avaliados pelos serviços e autorizados pelo Gestor local. Fica estabelecido que as



## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Álvares Cabral, 200, 4º andar, sala 410, Edifício Libertas - Belo Horizonte - MG  
CEP 30170-000

---

empresas que comercializam o implante coclear no País devem ofertar, sem custo adicional, manutenções preventivas aos pacientes dos serviços especializados. A periodicidade dessas manutenções fica a critério dos serviços especializados e das empresas.

### **IV – REFERÊNCIAS:**

Portaria [GM/MS de 2.776 de 2014](#)

**V – DATA:** 14/08/2018

NATJUS - TJMG