



Brazilian Journal of OTORHINOLARYNGOLOGY

www.bjorl.org



EDITORIAL

Implantes cocleares no sistema único de saúde (SUS) – uma análise longitudinal desde o início[☆]

Os implantes cocleares (IC) têm sido indicados como opção de tratamento para pacientes adultos e pediátricos com perda auditiva grave a profunda e têm sido oferecidos pelo sistema público de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), desde 1993, quando foi publicada a primeira regulamentação.

De 1999 a 2019, foram editadas diversas regulamentações, todas relacionadas às CIs no SUS que visavam a personalizar o atendimento prestado e aprimorar os formulários de registro nos sistemas de informação do SUS.

Dos regulamentos publicados nesse período, destaca-se a portaria GM/MS nº 2.776/2014. Tem como foco o atendimento integral aos deficientes auditivos com indicações de IC (unilateral e bilateral) e aparelhos auditivos ancorados ósseos (unilaterais e bilaterais) e se estende desde o diagnóstico clínico e tratamento cirúrgico até acompanhamentos periódicos e habilitação/reabilitação auditiva, conforme estabelecido nas diretrizes gerais para o atendimento especializado de pessoas com deficiência auditiva do SUS¹. Os cuidados dessa assistência devem ser estruturados em modalidade ambulatorial, com avaliações clínicas e audiológicas, acompanhamentos e reabilitação fonoaudiológica, e na modalidade hospitalar, com a feitura de cirurgias e acompanhamentos pré e pós-operatório.

O tratamento cirúrgico é apenas uma ação dentro de toda a linha de assistência das pessoas com deficiência auditiva. Ele é indicado apenas nos casos de pessoas com perda auditiva neurosensorial bilateral, de grau severo a profundo, e que atendam às indicações previstas nas diretrizes.

Grandes avanços foram conquistados com essa nova normatização, como: a atualização das indicações clínicas do implante coclear unilateral, inclusão das indicações do

implante coclear bilateral e da prótese auditiva ancorada no osso (uni e bilateral), o custeio para a manutenção do componente externo do implante coclear pelo Ministério da Saúde e a extensão do período de garantia.

Outro grande avanço se consolidou com a publicação da portaria GM/MS nº 2.161, de 17/07/2018^(*), que incluiu a troca do processador de fala na tabela do SUS, mediante critérios técnicos.

Segundo dados do Datasus (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [SCNES]), existem atualmente 33 serviços credenciados para cirurgias de IC em todas as regiões do Brasil. A maior concentração desses serviços é encontrada na Região Sudeste (45%), que é a região com maior número de hospitais e centros médicos e de formação e oferece reabilitação com IC desde 1990.

Observa-se também que, embora existam serviços credenciados em todas as regiões do país, muitos estados ainda prestam esse atendimento por meio do tratamento fora do estado (tratamento fora de domicílio – TFD)². O TFD envolve um convênio entre os estados em que um estado envia seus moradores para os centros mais próximos para reabilitação.

É importante ressaltar que a existência de lacunas assistenciais é uma realidade observada não só nessa área, mas na maioria das especialidades que exigem serviços de alta complexidade, pois esses serviços envolvem procedimentos caracterizados por alta tecnologia e altos custos e a necessidade de infraestrutura física específica e mão de obra especializada, que não estão disponíveis em todas as regiões do país³.

Quanto às características das unidades de saúde, observou-se que 45% dos serviços são gerenciados municipalmente, 85% são hospitais gerais e 45% são instituições de caridade sem fins lucrativos (filantrópicas). Essa predominância de instalações filantrópicas privadas sob gestão municipal para a prestação de serviços de média e alta complexidade do SUS é histórica e envolve arranjos de governança regional que incluem a priorização de estratégias regionais de negociação, investimento, planejamento e expansão da rede de serviços para enfrentar as desigualdades em saúde⁴.

DOI se refere ao artigo: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2020.12.001>

12.001

[☆] Como citar este artigo: Daher CV, Bahmad Jr F. Cochlear implants in a low-income country: Brazilian public health system (SUS) - a longitudinal analysis since the beginning. Braz J Otorhinolaryngol. 2021;87:245–6.

Verificou-se também que 85% das instalações credenciadas são hospitais gerais, que permitem maior integração de profissionais médicos (otorrinolaringologistas, clínicos gerais, neuropediatras, neurologistas, pediatras, radiologistas, cardiologistas, anesthesiologistas, cirurgiões plásticos e geneticistas), profissionais não médicos (fonoaudiólogos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) e serviços de apoio, como nutrição, farmácia, radiologia e hemoterapia. Essa concentração de instalações em hospitais gerais é considerada um fator positivo porque essa população requer a integração de múltiplos serviços.

O atendimento especializado geralmente envolve altos níveis de tecnologia e atendimento (ambulatório e hospitalar) e custos elevados e isso não é diferente para as IST. Podem ser identificados 38 procedimentos relacionados ao CI na tabela de procedimentos do SUS – 10,5% deles são classificados como de alta complexidade. Em relação aos procedimentos cirúrgicos, 44,7% são classificados como de média complexidade e 44,7% não necessitam da classificação de complexidade, o que é o caso de órteses, próteses e materiais especiais (OPM). Quanto ao nível de atenção, 78,9% dos procedimentos são feitos ambulatorialmente, 15,8% no hospital e 5,3% podem ser feitos em cartório ou internado. Esses dados mostram que pouco mais de 10% dos procedimentos são de alta complexidade e alto custo (ou seja, cirurgias) e são feitos por otorrinolaringologistas em um hospital. O cuidado pós-cirúrgico (ativação de eletrodos, mapeamento e telemetria, avaliação auditiva e fonoaudiologia) é considerado moderadamente complexo, é feito ambulatorialmente por fonoaudiólogos, é essencial para o uso adequado e melhor desempenho dos ICs.

O financiamento das ações de saúde, que é de responsabilidade simultânea das três esferas de governo e destina-se a ações e serviços de saúde de média e alta complexidade em ambientes ambulatoriais e hospitalares, está organizado em dois componentes que envolvem transferências de fundos do governo federal. Compreendem o componente limite financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC) e o fundo de ações estratégicas e compensação (FAEC).

Na reabilitação auditiva com IC, a maioria dos procedimentos assistenciais (65,8%) é financiada pela FAEC e 34,2% são financiados pelo teto MAC. Isso se deve à incorporação de novos procedimentos na tabela SUS em 2014.

Segundo a base de dados do Datasus⁵, entre 2000 e 2019 foram feitas 10.427 cirurgias de IC no Brasil e 86.076 acompanhamentos pós-cirúrgico, com aumento gradual ao longo dos anos compatível com o aumento do número de serviços credenciados.

Em relação aos investimentos em cirurgia de IC no mesmo período, houve um aumento gradual compatível com o número de serviços credenciados ao longo dos anos, totalizaram um investimento acumulado de R\$ 476.728.866,88. O custo médio da cirurgia de IC foi de R\$ 45.720,62.

Na análise dos recursos investidos, os anos de 2003 e 2006 são destaque devido à grande diferença no percentual de gastos de um ano para o outro. Isso ocorreu em decorrência de mudanças no custo da prótese de IC, que se baseiam em variações do dólar americano, que tiveram um reajuste de 85% em 2002. Também houve redução nos gastos de 2005 a 2006, como resultado da redução de 79% no custo das próteses de IC após estudo econômico feito pelo Ministério da Saúde.

Vale ressaltar que o acompanhamento pós-cirúrgico dos usuários de IC não se limita ao monitoramento do dispositivo eletrônico após a cirurgia, mas sim é um processo contínuo e completo de habilitação auditiva e reabilitação, especialmente para crianças.

Portanto, ao longo dos 30 anos do SUS, o Ministério da Saúde emitiu regulamentos, desenvolveu políticas, regulamentou ações e serviços e forneceu recursos na área de saúde auditiva, inclusive a reabilitação da perda auditiva em pacientes com ICs.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Gerais Para a Atenção Especializada Às Pessoas Com Deficiência Auditiva No Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria GM/MS No 2.776. 2014;2014:1–21.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS No 55, de 24 de Fevereiro de 1999. Dispõe Sobre a Rotina Do Tratamento Fora de Domicílio No Sistema Único de Saúde - SUS. 1999.
3. Solla J, Chioro A. Specialized outpatient care. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, Escorel S S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores, editors. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2ª. ed Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 547–76, cap. 17.
4. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG, Melo CP, Oliveira EXG, Carvalho MS, et al. Regional governance arrangements of the Brazilian Unified Nati. Cad Saude Publica. 2019;35 suppl 2:1–17.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de Saúde (TABNET). Assistência à Saúde. 2020;12, <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>. Published. Accessed April 12, 2020.

Carla Valença Daher  e Fayez Bahmad Jr  *
Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: fayezbjr@gmail.com (F. Bahmad Jr).

Recebido em 21 de novembro de 2020;

aceito em 23 de novembro de 2020