

# **Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa com Ostomia Intestinal, Urinária e/ou Fístula Cutânea do Estado de Santa Catarina**

**Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência  
ATPCD/SUR/SES**

# Fluxos de Concessão e Atenção

# Fluxo de Concessão

# FLUXO DE CONCESSÃO

## UNIDADE HOSPITALAR

-Encaminha paciente para a Unidade Básica de Saúde com o **Laudo Médico** preenchido.

(Laudos entregue na alta hospitalar)

# FLUXO DE CONCESSÃO

## USUÁRIO (e/ou responsável)

- Entrega Documentos na UBS para abertura do processo.
- Retira os materiais mensalmente.
- Atualiza informações cadastrais e comunica desligamento por reversão, transferência, migração para plano de saúde, desligamento voluntário ou óbito.

# FLUXO DE CONCESSÃO



## SMS (Unidade Básica de Saúde ou conforme a configuração de cada município)

- Preenchimento da Avaliação Técnica de Enfermagem e abertura do processo;
- Entrega mensal dos materiais aos usuários já cadastrados;
- Solicita a troca de materiais conforme necessidade / avaliação do usuário;
- Atualiza as informações dos usuários quanto ao endereço, alterações, reversões, abandonos e óbitos.

# FLUXO DE CONCESSÃO

## GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE

- Avalia, encaminha e monitora o Processo de Inclusão ao Serviço Estadual de Atenção as Pessoas com Ostomia;
- Separa e encaminha os materiais para os municípios de sua abrangência;
- **Devolução de processos incompletos e/ou incorretos.**

# FLUXO DE CONCESSÃO

## SERVIÇO ESTADUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA OSTOMIZADA

- Realiza planejamento anual dos quantitativos de materiais para licitar;
- Emite parecer técnico dos materiais nos processos de licitação;
- Analisa a viabilidade do Processo de Inclusão.
- **Processo Incompleto:**  
Devolve para Gerência Regional de Saúde em caso de Processo Incompleto ou com documentação incorreta.
- **Processo Deferido:**  
Inclui no sistema de cadastro ATPCD.
- Emite guias de saída de materiais à Gerência de Bens Reguladores.

# FLUXO DE CONCESSÃO

## GERÊNCIA DE BENS REGULARES

- Encaminha as guias de saída emitidas para liberação do material à Empresa Prestadora de Serviços de Logística.

# FLUXO DE CONCESSÃO

## EMPRESA PRESTADORA DE SERVIÇOS DE LOGÍSTICA

- Separa, libera e entrega o material nas Gerências Regionais de Saúde conforme cronograma previsto.

# Fluxo de Atenção

## UNIDADE HOSPITALAR DE SAÚDE

- Realiza os procedimentos cirúrgicos de ostomia, bem como anastomose e atendimento às complicações que demandam atendimento hospitalar;
- Encaminha paciente para a Unidade Básica de Saúde, para realizar acompanhamento.

# FLUXO DE ATENÇÃO



## USUÁRIO

- Comparece à Unidade Básica de Saúde para atendimento (orientação para o auto cuidado e/ou outros atendimentos necessários).

# FLUXO DE ATENÇÃO



## SMS (Unidade Básica de Saúde ou outra configuração conforme pactuação)

- Realiza acompanhamento dos pacientes;
- Solicita a troca de materiais conforme avaliação/necessidade do paciente após avaliação técnica;
- Realiza visitas domiciliares periódicas quando necessário;
- Encaminha o paciente para outros serviços, quando necessário: Serviços Especializados em Reabilitação (Centros Especializados em Reabilitação / CER ou Serviços de Referência Regional) e/ou Rede Hospitalar.

## CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO / CER ou SERVIÇOS DE REFERÊNCIA REGIONAL

- Avaliam e tratam as complicações;
- Encaminham à Rede Hospitalar quando para reversões e procedimentos cirúrgicos e quando da necessidade de intervenção nas complicações;
- Contra referenciam à Unidade Básica de Saúde.

# Critério de Inclusão

# **Critério de inclusão**

Apresentar processo de solicitação de equipamentos para ostomia mediante fluxo apresentado.

**Lauda Médico** – preenchido em formulário padronizado pela SES/SC (documento original).

**Avaliação Técnica de Enfermagem** – preenchido pela Secretaria Municipal de Saúde de origem em formulário padronizado pela SES/SC (documento original) – **Telefone atual do usuário**.

**Ficha de cadastro** – preenchido pela Secretaria Municipal de Saúde de origem em formulário padronizado pela SES/SC (documento original).

RG e CPF – cópia legível

Cartão Nacional de Saúde – cópia legível

**Comprovante de residência atual** – cópia legível



ESTADO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde - SES  
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR  
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência - ATPCD  
Serviço de Atenção à Pessoa Ostomizada  
Rua Estêvão Junior, 390 - Tênis - Centro - Florianópolis/SC - 88.015-830



## LAUDO MÉDICO

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

1.1 NOME: \_\_\_\_\_  
1.2 IDADE: \_\_\_\_\_ 1.3 SEXO: ( ) FEMININO ( ) MASCULINO  
1.4 CAUSA BÁSICA CID 10: \_\_\_\_\_  
1.5 CAUSA INDICADORA DA OSTOMIA CID 10: \_\_\_\_\_  
1.6 HOSPITAL / CIDADE / ESTADO ONDE A OSTOMIA FOI REALIZADA: \_\_\_\_\_  
1.7 DATA DA REALIZAÇÃO DA OSTOMIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 2. OSTOMIA

#### 2.1 TIPO DE OSTOMIA

( ) COLOSTOMIA  
( ) CÓLON ASCENDENTE  
( ) CÓLON TRANSVERSO À DIREITA  
( ) CÓLON TRANSVERSO À ESQUERDA  
( ) CÓLON DESCENDENTE  
( ) CÓLON SIGMÓIDE  
( ) COLOSTOMIA ÚMIDA (COM DERIVAÇÃO URINÁRIA)  
( ) ILEOSTOMIA  
( ) UROSTOMIA  
( ) OUTRAS ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

#### 2.2 DURAÇÃO DA OSTOMIA:

( ) DEFINITIVA ( ) TEMPORÁRIA TEMPO PREVISTO: \_\_\_\_\_

#### 2.3 CARACTERÍSTICAS DO OSTOMA

( ) TERMINAL  
( ) EM ALÇA  
( ) DUPLA  
( ) DUAS BOCAS

#### 2.4 LOCAL DO OSTOMA

( ) QUADRANTE SUPERIOR DIREITO  
( ) QUADRANTE SUPERIOR ESQUERDO  
( ) QUADRANTE INFERIOR DIREITO  
( ) QUADRANTE INFERIOR ESQUERDO  
( ) OUTRO \_\_\_\_\_

### 3. LOCAL E DATA

### 4. ASSINATURA E CARIMBO

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



ESTADO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde - SES  
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR  
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência - ATPCD  
Serviço de Atenção à Pessoa Customizada  
Rua Esteves Júnior, 300 - Tijeco - Centro - Florianópolis/SC - 88.015-530

## AVALIAÇÃO TÉCNICA DE ENFERMAGEM

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

1.1 NOME: \_\_\_\_\_

1.2 IDADE: \_\_\_\_\_ 1.3 SEXO: ( ) FEMININO ( ) MASCULINO

### 2. CARACTERÍSTICAS DO OSTOMA

2.1 TAMANHO: \_\_\_\_\_ MM

2.2 ALTURA: \_\_\_\_\_ MM

2.3 FORMATO: ( ) REDONDO ( ) OVAL ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

#### 2.4 COMPLICAÇÕES DO ESTOMA E PELE PERIOSTOMA

( ) AUSENTE ( ) DERMATITE ( ) RETRAÇÃO ( ) NECROSE

( ) HÉRNIA ( ) ESTENOSE ( ) PROLAPSO

( ) ABCESSO ( ) OUTRAS \_\_\_\_\_

### 3. TIPO DE EQUIPAMENTO

3.1 SISTEMA COLETOR: ( ) EFLUENTE INTESTINAL ( ) EFLUENTE URINÁRIO

( ) UMA PEÇA ( ) DUAS PEÇAS

( ) DRENÁVEL ( ) FECHADA

( ) TRANSPARENTE ( ) OPACA

( ) RESINA PLANA ( ) RESINA CONVEXA

3.2 QUANTIDADE: \_\_\_\_\_/MÊS

#### 3.3 ADJUVANTES:

3.3.1 DE PROTEÇÃO: ( ) NÃO ( ) PÓ ( ) ANEL ( ) PLACA

( ) PASTA SEM ÁLCOOL ( ) PASTA COM ÁLCOOL

3.3.2 DE SEGURANÇA: ( ) NÃO ( ) CINTO ( ) DESODORIZANTE ( ) FILTRO

### 4. OBSERVAÇÕES

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

### 5. LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 6. ASSINATURA E CARIMBO

\_\_\_\_\_



# Cadastro:



No caso de 2 (dois) ou mais ostomas encaminhar um formulário para cada um deles:

- ✓ **Laudo Médico**
- ✓ **Avaliação Técnica de Enfermagem**

# Cadastro:



Documentos para o processo:

## Cópias legíveis:

- ✓ RG
- ✓ CPF
- ✓ Cartão Nacional de Saúde
- ✓ Comprovante de residência

# **Critérios de Exclusão**

# Critérios de exclusão



## Desligamento:

- Reversão      · Óbito      · Voluntário
- Transferência para fora do Estado de SC
- Migração para plano de saúde
- Abandono (ausência por 3 meses consecutivos)

Preferencialmente com a DATA da ocorrência

**Retorno = NOVO PROCESSO**

# Devoluções de Processos

# Devoluções de Processos

Processos incompletos (Não apresentam toda a documentação exigida)

e/ou

Processos com documentação incorreta

# Cadastro:

Documentos para o processo:

- ✓ ~~Ficha de Cadastro~~
- ✓ Laudo Médico
- ✓ Avaliação de Enfermagem
- ✓ Cópia legível do RG
- ✓ Cópia legível do CPF
- ✓ Cópia legível do Cartão Nacional de Saúde
- ✓ Cópia legível de Comprovante de Residência

# Devoluções de Processos



## Exemplos:

### Falta de um dos formulários:

- ✓ ~~Ficha de Cadastro~~
- ✓ Laudo Médico
- ✓ Avaliação de Enfermagem

# Devoluções de Processos



## Exemplos:

Preenchimento incompleto dos Formulários:

Laudo Médico - Falta:

- Causa Básica CID 10
- Causa Indicadora da Ostomia CID 10
- Data da realização da ostomia
- Ostomia: Tipo, Duração, Características e Local
- Local e Data (do preenchimento do documento)
- Assinatura e carimbo

# Devoluções de Processos



## Exemplos:

Preenchimento incompleto dos Formulários:

Avaliação Técnica de Enfermagem - Falta:

- Características do Ostoma
- Complicações
- Tipo de Equipamento
- Local e Data (do preenchimento do documento)
- Assinatura e carimbo

# Devoluções de Processos



## Exemplos:

Falta ou ilegibilidade de uma das cópias dos documentos:

- ✓ RG
- ✓ CPF
- ✓ Cartão Nacional de Saúde
- ✓ Comprovante de residência

# Devoluções de Processos



## Exemplos:

- Dois ou mais ostomas e somente um laudo médico e/ou uma avaliação técnica de enfermagem;
- Material sugerido-solicitado  
X  
Sem justificativa.

# Devoluções de Processos

Processos com a documentação incorreta

Apresentam formulários em formato antigo

~~Endereço não confere com a ficha de cadastro~~

Preenchimento incorreto dos Formulários

## Laudo Médico

- Assinatura por outro profissional
- Cid 10 incorreto - com a Observação do Médico Regulador

# Devoluções de Processos

Processos com a documentação incorreta

Apresentam formulários em formato antigo

~~Endereço não confere com a ficha de cadastro~~

Preenchimento incompleto dos Formulários:

## Avaliação Técnica de Enfermagem

- Assinatura por outro profissional
- Complicações X Tipo de Equipamento

Sem justificativa

# Dúvidas



# Transferências

# Transferências (alteração de endereço)



## USUÁRIO (e/ou responsável)

- Comunicar o município de origem da sua mudança de endereço;
- Entregar cópia atual do comprovante de residência no novo município.

# Transferências (alteração de endereço)



## UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

- Orientar o paciente para se apresentar no novo município e levar o comprovante de residência;
- Manter as informações atualizadas dos usuários;
- Comunicar a mudança para o Serviço Estadual (c/c para a Gerência Regional de Saúde) via e-mail;
- Solicitar processo digitalizado do paciente, via e-mail, à GERSA - do Serviço Estadual;
- Se houver alteração do material: enviar Ficha de Alteração.

# Transferências (alteração de endereço)

## GERÊNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE

Encaminhar ao Serviço Estadual via e-mail:

- A solicitação do município referente ao processo digitalizado;
- O comprovante de residência do usuário.

# Transferências (alteração de endereço)



## SERVIÇO ESTADUAL DE SAÚDE

- Realizar a transferência no Sistema ATPCD – Módulo Ostomizados;
- Enviar o processo digitalizado para a GERSA do novo município de residência.

# Trocas de Materiais

## Trocas de materiais (Alterações)

**Documento solicitado para alteração dos equipamentos fornecidos:**

**Ficha de Alteração de Equipamentos de Ostomia\*** – preenchida pela Unidade Básica de Saúde de origem em formulário padronizado pela SES/SC, com justificativa técnica do profissional.

**\*Formulário disponível em: [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)**



## FICHA DE ALTERAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE OSTOMIA

GERSA: \_\_\_\_\_

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

### 2. DADOS RELATIVOS AO MATERIAL EM USO (Listar materiais em uso)

Código do Material Atual: \_\_\_\_\_

Quantitativo Mensal Atual: \_\_\_\_\_

### 3. JUSTIFICATIVA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4. ALTERAÇÃO (Listar materiais a serem utilizados)

4.1 Sistema Coletor: ( ) 1 Peça ou ( ) 2 Peças \_\_\_\_\_mm 4.2 ( ) Transparente ou ( ) Opaca

4.3 Código: \_\_\_\_\_ 4.4 Quantidade: \_\_\_\_\_

4.5 Adjuvantes de Proteção: ( ) Não Sim - Resina em: ( ) Po ( ) Pasta ( ) Placa ( ) Anel

4.6 Adjuvantes de Segurança: ( ) Não Sim - ( ) Cinto ( ) Desodorizante ( ) Filtro

5. LOCAL: \_\_\_\_\_ 6. DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

7. ASSINATURA E CARIMBO DO AVALIADOR: \_\_\_\_\_

# Devoluções

Ficha de Alteração de Equipamentos de Ostomia  
apresentada em formulários no formato antigo;

Preenchimento incompleto do Formulário, Falta de:

- Código e quantitativo atual;
- Justificativa;
- Equipamento e quantitativo a ser utilizado;
- Local e Data (do preenchimento do documento);
- Assinatura e carimbo do avaliador.

# Dúvidas



# Contatos:



**Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina / SES/SC**  
**Superintendência de Serviços Especializados e Regulação / SUR**  
**Área Técnica da Pessoa com Deficiência / ATPCD**  
**Serviço Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa com Ostomia**

**Fones: (48) 3664-7213 / 3664-7214 / 3664-7215**

**e-mail: [ostomizadosur@saude.sc.gov.br](mailto:ostomizadosur@saude.sc.gov.br)**