



DELIBERAÇÃO 202/CIB/2019 Retificada

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua reunião ordinária do dia 26 de setembro de 2019, considerando e **RETIFICADA AS DIRETRIZES em 22 de março de 2022.**

O Decreto nº 7.612 de 17 de novembro de 2011; que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limites;

A Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS;

A Deliberação CIB/SC nº493, que aprova a constituição da Rede de Serviços aos Ostromizados de Santa Catarina e os critérios para habilitação dos serviços;

A necessidade de se implantar, uniformizar e padronizar as ações de atenção à Saúde das Pessoas com Laringectomia e Traqueostomia nos serviços que atendem este público, em todos os níveis de atenção, na Rede de Cuidados a Saúde da Pessoa com Deficiência do Estado de Santa Catarina, objetivando a eficácia, economicidade, acompanhamento, controle e avaliação dessas ações, bem como a melhora da qualidade de vida desses usuários.

A necessidade de alterações na Diretriz 202/2019, a fim de melhorar os fluxos e cumprir as normas estabelecidas a partir da padronização da laringe eletrônica na Tabela SIGTAP.

APROVA

1 – As Diretrizes Para Atenção à Saúde das Pessoas Laringectomizadas e/ou Traqueostomizadas do Estado de Santa Catarina, retificada quanto aos anexos, fluxos e lançamento da laringe eletrônica conforme a tabela SIGTAP..

Quanto ao procedimento Laringe eletrônica para reabilitação vocal:

Procedimento FAEC

Serviço de Classificação: 132 005 Oncologia Cirurgica

Habilitação: 1706, 1707, 1708, 1709, 1712 e 1713

Hospitais de Santa Catarina que **devem** lançar o procedimento, para gerar série Histórica para Santa Catarina:

Serviço	Município
Hospital Santa Izabel	Blumenau
Hospital Santo Antônio	Blumenau
Hospital e Maternidade Marieta K.B.	Itajaí
Hosp.e Maternidade Sagrada Família	São Bento do Sul
Hospital Nossa Senhora da Conceição	Tubarão
Hospital Regional Alto Vale	Rio do Sul

Hospital São Braz	Porto União
Hospital Universitário Santa Teresinha	Joaçaba
Hospital e Maternidade Tereza Ramos	Lages
Hospital Regional do Oeste	Chapecó
Hospital São José	Jaraguá do Sul
Hospital São José	Criciúma
Hosp. Universitário Polidoro E. e S.T. (HU)	Florianópolis
Hospital Municipal São José	Joinville

Valor Tabela SIGTAP: R\$ 2.227,16

Valor último contrato SES (Ata vigente): R\$ 2.850,70

Diferença: R\$ 623,54

Fluxo de solicitação e lançamento do procedimento – **Código SIGTAP: 07.01.03.035-6**

A SES continuará efetuando a compra do item, e fornecendo mediante o fluxo da Deliberação, através do Centro de Custo das Regionais de Saúde. Os demais Serviços, Referências em Oncologia, e que não possuem a habilitação, apenas o Serviço de Classificação, podem continuar solicitando dentro do fluxo já estabelecido nesta deliberação, sem o lançamento do procedimento, sem prejuízo ao paciente.

Os profissionais dos Serviços a cima, solicitam o item mediante preenchimento do ANEXO X, CBO e Profissionais:

Código	Nome
223810	Fonoaudiólogo
225121	Médico oncologista clínico
225215	Médico cirurgião de cabeça e pescoço
225275	Médico otorrinolaringologista
225290	Médico cancerologista cirurgico

E conforme os CIDs previstos na Tabela SIGTAP:

Código	Nome
C320	Neoplasia maligna da glote
C321	Neoplasia maligna da região supraglótica
C322	Neoplasia maligna da região subglótica
C328	Neoplasia maligna da laringe com lesão invasiva
C329	Neoplasia maligna da laringe, não especificada

O Serviço, deverá lançar o procedimento, através de APAC, fornecido pelo Gestor, para que seja gerada a produção e série histórica do procedimento.

A cada 06 meses, o Serviço Estadual, encaminha à GMAPS o relatório de concessão de Laringes, conforme transferências de Centro de custos. A GMAPS fará a conferência da Produção, e posteriormente o encontro de contas com o gestor do Serviço, quanto ao valor da Tabela SIGTAP.

2 – Os formulários padronizados e retificados pelo Serviço Estadual, constantes nos ANEXOS I a XI das diretrizes.

3 – Estabelece os fluxos e competências de cada ponto da Rede para o referido Serviço.

Florianópolis, 22 de março de 2022

ANDRÉ MOTTA RIBEIRO
Secretário de Estado da Saúde
Coordenador CIB/SES

DAISSON TREVISOL
Presidente do COSEMS
Coordenador CIB/COSEMS



Assinaturas do documento



Código para verificação: **N673I2MX**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

✓ **DAISSON JOSE TREVISOL** (CPF: 824.XXX.669-XX) em 25/03/2022 às 11:23:15
Emitido por: "AC LINK RFB v2", emitido em 30/04/2021 - 15:22:31 e válido até 30/04/2022 - 15:22:31.
(Assinatura ICP-Brasil)

✓ **ANDRÉ MOTTA RIBEIRO** (CPF: 674.XXX.290-XX) em 25/03/2022 às 13:22:57
Emitido por: "SGP-e", emitido em 13/05/2021 - 18:41:36 e válido até 13/05/2121 - 18:41:36.
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VtXzcwNTIfMDAwNDg3MzlfNDkzMzlfMjAyMI9ONjczSTJNWA==> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00048739/2022** e o código **N673I2MX** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.



ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação – SUR
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD
Serviço Estadual de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomia

**DIRETRIZES PARA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA
TRAQUEOSTOMIZADA E/OU LARINGECTOMIZADA
DO
ESTADO DE SANTA CATARINA**

Florianópolis – SC
2022

**DIRETRIZES PARA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA
TRAQUEOSTOMIZADA E/OU LARINGECTOMIZADA
DO
ESTADO DE SANTA CATARINA**

2022

GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA
Carlos Moisés

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE
André Motta Ribeiro

SECRETÁRIO-ADJUNTO DE ESTADO DA SAÚDE
Alexandre Lencina Fagundes

SUPERINTENDENTE DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO
Claudia Ribeiro de Araujo Gonsalves

COORDENADORA DA ÁREA TÉCNICA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA
Jaqueline Reginatto

EQUIPE TÉCNICA
Adriana Regina Amorim
Jaqueline Reginatto
Joseila Cristina Franzon
Sabrina Vieira da Luz

GLOSSÁRIO

Pessoa Estomizada – Pessoa que por determinada circunstância, teve seu trânsito intestinal e/ou urinário cirurgicamente desviado de seu caminho natural (através de uma ostomia), não exercendo mais o controle sobre aquelas eliminações.

Estoma/Estomia – Origina-se do grego *stóma*, que significa boca ou abertura de qualquer víscera oca, através do corpo por diversas causas.

Estomaterapia – Especialidade da área da Enfermagem, em que se capacita técnica e cientificamente enfermeiros, para cuidar de pessoas com ostomia, feridas, incontinência fecal e urinária e fístulas.

Traqueostomia – intervenção cirúrgica que consiste na abertura de um orifício na traqueia e na colocação de uma cânula para a passagem de ar; traqueotomia.

Válvula de Fala - é um artefato médico utilizado por pacientes traqueostomizados, usuários ou não de ventilação mecânica, para promover a fala. Trata-se de uma peça plástica ou acrílica, de formato cilíndrico, com interior oco, contendo uma membrana de silicone na sua porção anterior que permite a passagem unidirecional de ar (somente a entrada do ar inspirado).

Laringectomia – A laringectomia é uma cirurgia para que seja removida totalmente ou parte da laringe. Entre as causas que podem conduzir a laringectomia encontra-se o cancro ou cancer das cordas vocais.

Laringe Eletrônica – Uma eletrolaringe ou laringe eletrônica é um aparelho eletrônico que permite a recuperação da voz a quem perdeu a fala. O som emitido, no entanto, não é normal, assemelhando-se a um robô. É utilizada em casos de laringectomia total, onde ocorre retirada total da laringe.

Prótese fonatória – Uma prótese fonatória é um dispositivo plástico, normalmente fabricado em silicone para uso médico. Esta será colocada entre o esôfago e a traqueia durante a laringectomia total, ou numa punção secundária.

Filtro – servem como tampas de estoma e criam um selo de vedação em torno do estoma. Além de filtrar a poeira e outras partículas grandes do ar, preservam a umidade e o calor dentro do trato respiratório, impedindo sua perda e aumentando a resistência ao fluxo de ar.

1. INTRODUÇÃO

A atualização constante das Diretrizes de Atenção à Pessoa Traqueostomizada e/ou laringectomizada na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina, se faz necessária frente aos avanços no Serviço em SC, visando constantemente a melhoria no acesso e acompanhando as alterações e/ou inclusões na tabela SIGTAP bem como as políticas em saúde vigentes.

As diretrizes da atenção à saúde das pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas devem se firmar, a partir da compreensão sobre as necessidades advindas do viver nestas condições, a perspectiva de sua reinserção social e a garantia de assistência de políticas públicas que favoreçam o atendimento seguro e de excelência (ARDIGO; AMANTE, 2013).

A palavra traqueostomia (TQT) é derivada dos termos gregos tracheaarteria (artéria dura) e tomia (incisão). Conceitualmente, a TQT refere-se a um procedimento de acesso às vias aéreas com a colocação de prótese ventilatória (cânula) ou simplesmente uma cirurgia de abertura da traqueia que exterioriza a luz traqueal. Esse recurso é utilizado para facilitar a entrada e/ou saída de ar dos pulmões quando existe alguma obstrução no trajeto natural e consiste em um procedimento cirúrgico de abertura artificial da traqueia para permitir a respiração.

A TQT pode ser temporária ou permanente – alguns pacientes podem fazer uso durante a internação hospitalar, enquanto outros podem utilizá-la pelo resto da vida. Sendo que a faixa etária de utilização deste procedimento engloba população pediátrica e adulta.

É importante considerar que a indicação de TQT não se limita ao paciente crítico. Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a TQT é frequentemente realizada após 14 a 21 dias de intubação traqueal (TQT eletiva) e, em casos selecionados, no segundo ou terceiro dia de intubação (TQT precoce). É também realizada em momentos de urgência para acesso respiratório de vias aéreas difíceis.

Algumas condições clínicas, como as descritas a seguir, podem indicar a necessidade de TQT de forma precoce ou tardia, como:

- congênitas – estenoses glóticas, subglóticas ou de traqueia superior, cistos laríngeos e de valécula e hemangioma de laringe;
- infecções – epiglote aguda e laringotraqueobronquite recorrente (em casos de dificuldade de intubação traqueal ou ausência do broncoscópio);
- tumores avançados de laringe, tonsilas, faringe ou traqueia superior com consequente estridor e colapsos mecânicos;

- disfunções laríngeas – paralisia abdução das cordas vocais;
- traumas – lesões maxilofaciais graves, fraturas ou transecções da laringe ou da traqueia, lesões cervicais que tornam difícil ou inviável a intubação oro ou nasotraqueal para manipulação e abordagem das vias aéreas (necessidade de cricotireoidotomia ou TQT de urgência), aspiração de conteúdos químicos ou lacerações traqueais;
- complicações pós-operatórias de tireoidectomia, esôfago ou cordas vocais, como alterações anatômicas no trajeto do fluxo respiratório;
- queimaduras, corrosivos e reações anafiláticas – edema subglótico significativo;
- corpos estranhos – a TQT pode ser realizada após tentativas frustradas de retiradas dos corpos estranhos por manobras mecânicas ou endoscópicas;

Quanto aos pacientes com diagnóstico de tumores, quando laringectomizados, importante compreender sua especificidade. A laringe é um dos órgãos mais importantes da região cervical, pois é fundamental na fala, respiração e deglutição. Os tumores dessa região causam impacto nessas três funções, principalmente, na função vocal. Tratamentos cirúrgicos para essa patologia são descritos já desde o século 19, sendo que a laringectomia total foi descrita por Billroth em 1873. Sua aceitação veio apenas na metade do século passado quando melhores alternativas para proteção intraoperatória das vias aéreas e facilidades na reposição de fluídos intravenosos ficaram disponíveis. No entanto, ainda hoje pacientes com neoplasia avançada de laringe (T3 ou T4) negam essa alternativa terapêutica pela perda da função vocal, preferindo diminuições de taxas de cura de pelo menos 20% para manter a voz. Tendo em vista as necessidades destes pacientes o grande esforço nos últimos anos têm sido o desenvolvimento e validação de estratégias cirúrgicas e não cirúrgicas que possibilitem a maior taxa de cura associada com a preservação do maior número de funções fisiológicas da laringe.

As ressecções de tumores malignos da laringe podem ser parciais ou totais; com isso, podemos classificar os tipos de laringectomias em parciais, subtotais ou totais. As ressecções parciais podem ser verticais ou horizontais, sendo que em ambas há a necessidade de se manter a traqueostomia provisória, a indicação das laringectomias parciais depende da extensão da lesão primária (Köhle JI, Camargo Z, Nemr K 2004).

Entre os tipos de laringectomias parciais, estão: corpectomia, laringectomia frontal anterior, laringectomia frontolateral e hemilaringectomia. A laringectomia parcial é indicada tentando manter sempre as funções respiratória, esfinteriana e de fonação, a indicação das laringectomias parciais depende da extensão da lesão primária, as vantagens

de uma cirurgia com remoção parcial da laringe, desde que preservadas as funções desse órgão e respeitados os princípios oncológicos, são indiscutíveis (Köhle JI, Camargo Z, Nemr K 2004).

Alguns aspectos devem ser considerados em relação à funcionalidade da laringe remanescente após laringectomias parciais. Estas ressecções podem acarretar alterações nos padrões de fonação. Em poucos casos, observa-se também dificuldade na deglutição. Essas alterações podem estar presentes devido à deglutição exigir um mecanismo esfínteriano rápido e eficiente para que não haja possibilidade de aspiração de alimentos para a via pulmonar, após estas cirurgias há diminuição do grau de fechamento glótico e presença de traqueostomia (temporária) (Köhle JI, Camargo Z, Nemr K 2004).

Nas laringectomias subtotais, a traqueostomia pode ser provisória como ocorre laringectomia supracrícoidea. A reconstrução da laringe pode ser realizada por duas formas: a cricohioidopexia (CHP), que consiste na aproximação da cartilagem cricóide ao osso hióide, e a cricohioidoepiglotopexia (CHEP) em que é mantida a epiglote e inclui-se seu pecíolo na sutura de aproximação da cricóide ao osso hióide. Com a preservação da epiglote, os resultados funcionais geralmente são melhores (Nemr, Marcos, Almeida Leite, Rapoport 2007), também considerada uma laringectomia subtotal, a laringectomia “NEAR TOTAL” a técnica mantém um *shunt* estreito comunicando a traquéia e a faringe, possibilitando a emissão de sons com a vibração da aritenóide remanescente. Porém este *shunt* é muito estreito para permitir a passagem do ar necessário à respiração, obrigando a manutenção de traqueostomia definitiva.

Nas laringectomias totais ou faringolaringectomias totais, ocorre à retirada integral do órgão laringe e estruturas adjacentes, como as pregas vocais estão localizadas no órgão laringe, ocorre a perda da voz laríngea de forma definitiva, assim como a presença da traqueostomia é também definitiva, alterando irreversivelmente o trajeto da respiração, que passa a entrar e sair diretamente pela traquéia, qual é suturada no pescoço abaixo da região da laringe para formar o estoma respiratório definitivo, ocasionando assim a perda das funções da via aérea superior. O nariz, assim como o trajeto da via aérea superior desempenham funções importante, quais são: aquecimento, filtragem e resistência do ar que vai para os pulmões, as alterações decorrentes da laringectomia total vão resultar na perda da voz, estoma respiratório permanente, quadro hipersecretivo, tosse, expectoração forçada e aumento no risco de infecção pulmonar.

As repercussões do câncer de laringe realmente causam grande impacto e, em geral, os procedimentos afetam a autoimagem, modificam a anatomia funcional, incidindo diretamente na respiração, na alimentação e na comunicação oral. Dessa forma, as

alterações estéticas e funcionais podem acarretar um profundo sentimento de estar desalojado, interrompendo projetos de vida, gerando graves consequências para os familiares e pessoas próximas envolvidas no cuidado aos pacientes.

No caso da laringectomia total, tratamento clássico no câncer de laringe, a retirada total do órgão e de seus acessórios e a implantação de um traqueostoma definitivo na parede do pescoço, para que o paciente possa respirar (Gonçalves, Menezes, & Bertelli, 2005), implicam em significativas alterações em todo o contexto do paciente, envolvendo aspectos biopsicossociais.

Em nossa cultura, por exemplo, a comunicação oral é reconhecida como um importante veículo de inserção e convívio social. Na reabilitação do laringectomizado, além de um dos objetivos mais almejados (Flávio & Zago, 1999), a comunicação oral é reconhecida como um aspecto relevante e prioritário no cuidado dirigido ao paciente (Barbosa, Santos, Amaral, Gonçalves, & Bruscatto, 2004). Diante disso, Gonçalves e cols. (2005) relatam que a reabilitação da voz pode ser realizada a partir da utilização de prótese traqueo-esofágica, de laringe eletrônica e/ou da voz esofágica, fazendo-se necessária a reabilitação fonoterápica.

De fato, qualquer paciente que vivencie um tratamento envolvendo cirurgia, quimioterapia e radioterapia fica bastante debilitado. Lotempio e cols. (2005) relatam que após a LT, além da perda da voz, o paciente depara-se com o desfigurado anatômico devido à traqueostomia, apresenta dificuldades para mastigar e engolir certos alimentos, podendo sentir-se embaraçado em público ou impedido de desenvolver algumas de suas atividades diárias. Complementando, Braz, Ribas, Dedivitis, Nishimoto e Barros (2005) destacam as significativas alterações no olfato e paladar e a tosse que comumente acompanha o paciente no pós-cirúrgico.

Acompanhar o paciente antes e após o tratamento, de maneira adequada e esclarecendo dúvidas, pode reduzir o tempo de internação, diminuir a dor e aumentar a satisfação com o tratamento (Birgin, 2004; Ramírez e cols., 2003). Devido à visibilidade da sua localização e ao envolvimento de funções essenciais no desenvolvimento de atividades pessoais e no convívio social, o real impacto da LT só é vivido após a sua completa ocorrência.

A busca de um atendimento efetivo e integral ao paciente traqueostomizados e/ou laringectomizados e familiares favorece a integração e compreensão da condição de estar com ostomia, possibilitando a instrumentalização acerca dos cuidados com a condição estar com ostomia, das questões de políticas públicas e de reinserção social (ARDIGO; AMANTE, 2013).

A condição de estar com ostomia exige dela a reelaboração desta nova imagem corporal, processo que necessita de uma rede de suporte à saúde.

Segundo MARTINS. et al (2005):

A imagem corporal de uma pessoa ostomizada implica, para algumas delas, em profundas mudanças em seu estilo de vida podendo, inclusive, levar à ruptura das relações sociais pela visão estigmatizada que a sociedade faz da pessoa ostomizada, com repercussões em seu cotidiano. Sentimentos de invalidez, baixa autoestima, insegurança, ansiedade e medo podem ser gerados com necessidade de renovação das experiências com o próprio corpo, construção de novos significados em relação à própria imagem e reformulação dos papéis sociais.

Essa visão quanto a imagem corporal, abrange os adultos traqueostomizados e/ou laringectomizados e inclui também aqui os familiares e responsáveis pelas crianças, cujos filhos necessitam da TQT para sua sobrevivência, e cuja imagem também está distante do bebê saudável e sem uso de dispositivos como este.

Além disso, funções vitais essenciais a manutenção da vida, quais sejam, respiração, fonação e deglutição, são diretamente afetadas por estes procedimentos invasivos tendo reflexo direto na qualidade dos indivíduos e das famílias.

Assim, a vida social dos familiares e das pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas é possível e sim, precisa estar amparada por programas de saúde, de referência e contra referência, reforçando as diretrizes estabelecidas pela Portaria 793, de 24 de abril de 2012 que institui a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e seu Instrutivo, publicado em 22 de abril de 2013.

Quando a pessoa é sujeito de seu próprio cuidado e o realiza de forma autônoma, dispondo de órteses e materiais adjuvantes adequados, em quantidade suficiente, e contando com suporte competente à sua saúde, extensivo aos seus familiares (também no cuidado ao paciente pediátrico), considera-se que ele poderá viver com qualidade (RODRIGUES et al, 2013).

Para alcançar estes níveis de qualidade de vida, as pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas necessitam contar com uma rede de apoio efetiva, na atenção à saúde nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal, por meio de políticas que buscam diminuir o risco de doenças e que possibilitem a implementação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

O atendimento as pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas é viabilizado pela Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, por meio do Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004, quando a pessoa com ostomia passa a ser considerada como deficiente física e assim usufruir de direitos já garantidos, tais como benefício financeiro, assentos preferenciais, mobiliário de recepção adaptados às suas condições físicas, ajuda

técnica como o fornecimento e disponibilização de produtos, instrumentos, equipamentos ou tecnologia adaptados ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade da pessoa com deficiência favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida; entre outros (BRASIL, 2004).

A organização do processo de atendimento em redes é direcionada e coordenada pelas linhas de cuidados, que representam um grande desafio no atendimento integral à saúde. Estas linhas operacionalizam o processo terapêutico, tornando-se parte da gestão, fluindo sobre determinantes sociais e tecnológicos, impactando o processo de saúde e doença com foco no cuidado (MENDES, 2011).

A rede de apoio é organizada por meio de capacitação de profissionais, gestores, associações e entidades de pessoas com ostomia, usuários e familiares, atores coadjuvantes deste processo, promotores de novas relações de vida e trabalho, de ética, de responsabilidade social e de vida saudável, inspirada no dever do Estado e direito do cidadão (MENDES, 2010).

A partir da Política instituída a nível nacional, se faz necessária a organização de Diretrizes Estaduais que norteiem a atenção à Saúde das pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas no Estado de Santa Catarina, garantindo a Atenção integral desta parcela da população.

2. JUSTIFICATIVA

Entre as principais causas de doenças crônicas degenerativas, o câncer se configura como uma doença de destaque e relevância para saúde pública, cuja estimativa de novos casos foi de 14.700, sendo 11.200 homens e 3.500 mulheres (2018 - INCA). Número de mortes: 5.898 sendo 4.672 homens e 1.226 mulheres (SIM – 2015).

Todas as Neoplasias para o estado de Santa Catarina:

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	2.600	72,99	80,36	140	62,66	60,79	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	2.190	61,92	56,52	200	81,86	66,69
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	470	13,23	11,42	30	12,46	9,75
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.170	32,96	31,78	90	38,43	38,93	560	15,80	14,63	50	22,07	16,86
Cólon e Reto	590	16,62	17,07	50	22,23	21,50	610	17,28	15,68	60	23,58	18,65
Estômago	620	17,45	17,10	40	15,86	12,32	310	8,65	5,96	30	10,42	7,16
Cavidade Oral	490	13,74	12,92	30	10,86	10,21	100	2,76	2,51	**	2,35	2,02
Laringe	340	9,48	8,69	**	5,70	5,81	30	0,95	0,82	**	0,61	0,49
Bexiga	320	8,96	9,10	20	10,16	9,83	130	3,69	3,52	20	6,96	5,95
Esôfago	540	15,08	13,99	20	8,17	7,69	120	3,44	2,93	**	1,40	0,85
Ovário	-	-	-	-	-	-	210	5,84	4,86	20	8,26	6,54
Linfoma de Hodgkin	70	2,03	1,99	**	2,64	2,54	40	1,15	1,11	**	1,48	1,30
Linfoma não Hodgkin	230	6,53	6,31	20	9,17	8,72	170	4,85	3,82	**	4,70	3,91
Glândula Tireoide	90	2,45	2,31	**	1,66	1,51	170	4,84	4,63	20	8,53	8,40
Sistema Nervoso Central	350	9,86	8,85	**	6,87	6,44	260	7,48	6,23	**	5,79	4,75
Leucemias	280	7,83	8,30	20	9,17	9,68	200	5,62	5,41	**	4,02	2,97
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	210	6,08	5,36	20	9,76	8,07
Pele Melanoma	270	7,58	6,14	20	9,75	8,52	240	6,68	5,33	20	8,15	6,28
Outras Localizações	2.210	62,13	63,27	120	52,33	50,39	1.680	47,39	40,28	110	43,54	34,07
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	10.170	285,99	373,62	610	264,74	359,01	7.700	217,84	270,91	650	262,52	261,46
Pele não Melanoma	5.800	163,16	-	180	76,52	-	3.680	104,18	-	170	70,10	-
Todas as Neoplasias	15.970	449,10	-	790	342,86	-	11.380	321,96	-	820	331,17	-

* População padrão mundial (1960). / * Números arredondados para múltiplos de 10. / ** Número de casos menor que 20.

Para o Brasil, estimam-se 6.390 casos novos de câncer de laringe em homens e 1.280 em mulheres para o ano de 2019. O risco estimado será de 6,17 casos a cada 100 mil homens, ocupando a oitava posição; e a 16ª mais frequente com 1,20 casos a cada 100 mil mulheres.

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, em homens, o câncer de laringe na Região Sul (10,57/100 mil), ocupa sétima posição.

Para o Estado de Santa Catarina no ano de 2018, foram estimados 370 novos casos de câncer de laringe, sendo 340 para o sexo masculino e 30 para o sexo feminino.

O câncer é a principal causa de ostomia e buscar estratégias para facilitar o atendimento e a reinserção das pessoas com ostomias faz parte do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde. Neste contexto, a construção das diretrizes estaduais para o atendimento destas pessoas proporciona as ações do serviço de forma clara, como estratégias para assegurar um conjunto de ações e serviços efetivos e funcionais (BRASIL, 2003).

Para os pacientes traqueostomizados e/ou laringectomizados uma das consequências é a perda da capacidade de fala, causando prejuízo para a qualidade de vida do paciente. A reabilitação fonatória integral é fundamental para que estes indivíduos possam retornar ao convívio social e profissional de forma satisfatória.

A reabilitação através da voz esofágica apesar de ser uma alternativa, a taxa de sucesso na aquisição da voz esofágica é baixa na literatura e, na experiência do Setor de Reabilitação Fonoaudiológica a pacientes oncológicos de Cabeça e Pescoço do Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (HC-ISCMSP) é de 31% (Menezes MB, Bertelli AAT, Gonçalves AJ, 2012).

Existem portanto outras alternativas de maior sucesso, utilizando-se dos insumos propostos para aquisição e fluxos definidos neste documento.

Porém, além das traqueostomias ocasionadas pelos tumores de cabeça e pescoço, precisamos também citar as traqueostomias advindas de outras indicações, que podem ter sido indicadas por: obstrução de vias aéreas superiores; intubação orotraqueal prolongada; edema devido a queimaduras, infecções ou anafilaxia; tempo prévio ou complementar a outras cirurgias bucofaringolaringológicas; facilitar a aspiração das secreções das vias respiratórias baixas; síndrome da apnéia obstrutiva do sono; entre outras. Nestes casos, a traqueostomia pode ser definitiva ou com possibilidades de decanulação.

A lei orgânica da Saúde nº 8080 de 1990 estabelece a integralidade da assistência que é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços. No entanto, somente em 2010 estabeleceram-se as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), conceituadas como arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1990).

As RAS possuem como características a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, sendo a atenção primária em saúde o centro de comunicação onde centralizam as necessidades em saúde de uma população. As Redes são responsáveis pela atenção contínua e integral, oferecendo cuidados multiprofissionais sistematizados por objetivos e compromissos comuns. Para a efetiva implementação é necessário compreender as redes de atenção sob a perspectiva dos três elementos fundamentais pelo qual são constituídas: a população, a estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2015).

A equipe de saúde, os serviços organizados, seus fluxos, a concessão de órteses, a capacitação de profissionais para a atenção, a educação em saúde para pessoa com ostomia e seus familiares são elementos indispensáveis na condução de diretrizes para planejar, controlar e avaliar nos diferentes níveis de atenção à saúde como é sustentado na Portaria 793, de 24 de abril de 2012 que institui a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e seu Instrutivo de 22 de abril de 2013.

3. OBJETIVO GERAL

Estabelecer a política de atenção à saúde das pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina, conforme legislação vigente, contribuindo para melhoria de suas condições de vida, sua integração social, ampliação de suas potencialidades laborais e independência nas atividades da vida diária por meio de sua reabilitação clínico funcional.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Garantir o acesso aos cuidados específicos das Pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina através de um cadastro pre definido;
2. Definir os critérios para autorização de fornecimento de materiais para pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina;
3. Consolidar a política de Atenção à Saúde das Pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina;
4. Definir as atribuições técnico-administrativas em cada ponto de Atenção à Saúde das Pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas e dos entes federados;
5. Orientar e subsidiar a capacitação de equipe de saúde de acordo com a demanda e necessidades específicas de cada nível de atenção;
6. Uniformizar conceitos e processos entre as ações hospitalares e ambulatoriais;

4. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

A PORTARIA 116/93 E 146/93 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: estabelece as diretrizes gerais para a concessão de Próteses e Órteses através da Assistência Ambulatorial. Sendo as Secretarias Municipais e Estaduais responsáveis pela coordenação, supervisão, controle, avaliação e aquisição das próteses e órteses, por meio de coordenação técnica designada pelo gestor local. Desta forma, cabe ao Secretário Estadual/Municipal de Saúde estabelecer critérios e fluxo para a concessão das próteses e órteses; cadastrar as unidades públicas, que contenham as especialidades médicas específicas para cada tipo de prótese e órtese; fixar a programação físico orçamentária para a concessão dos equipamentos constantes da referida portaria e constituir comissão técnica nas unidades cadastradas para apreciação, autorização, fornecimento, treinamento e controle das próteses e órteses (BRASIL, 1993).

O DECRETO Nº 3.298 DE 20 DE DEZEMBRO DE 1999, estabelece como portador de deficiência física a pessoa que possui alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções e estabelece a distribuição de equipamento com auxílio técnico (BRASIL, 1999).

O DECRETO Nº 5296 DE 02 DE DEZEMBRO DE 2004: a pessoa com ostomia passa ser considerada como deficiente física, podendo gozar dos mesmos direitos concedidos aos portadores de deficiência física, estabelecidos pelo DECRETO Nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999 (BRASIL, 2004).

A PORTARIA MINISTERIAL Nº 400 DE 16 DE NOVEMBRO DE 2009: institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, tratando dos direitos e estabelecendo a política de saúde da pessoa com ostomia intestinal e família, contempla a integralidade, com assistência especializada e distribuição de equipamentos, prevendo a necessidade de capacitação dos profissionais e de organização dos serviços de saúde que prestam cuidado às pessoas com ostomia e de definir fluxos de referência e contra referência com os hospitais (BRASIL, 2009).

A DELIBERAÇÃO 493/CIB/10: aprova a Rede de Serviços aos Ostomizados de Santa Catarina e os critérios para habilitação dos serviços (SANTA CATARINA, 2010).

PORTARIA Nº 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012: Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

PORTARIA Nº 835, DE 25 DE ABRIL DE 2012: Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012)

Portaria Consolidada Nº 3, ANEXO VI.

5. POPULAÇÃO ALVO

Pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas, residentes no Estado de Santa Catarina, cadastradas no Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina, que necessitam de reabilitação fonatória e/ou pulmonar.

6. JUSTIFICATIVA DA PADRONIZAÇÃO DE INSUMOS:

A **laringe eletrônica** é um equipamento eletrônico movido a bateria recarregável tipo bastão vibrador, portátil, leve e de fácil utilização e aprendizagem. O paciente pressiona o equipamento na região submandibular ou na porção mediana do pescoço (papada) e aciona o botão para emissão do som. Ele emite uma vibração sonora contínua, que é transmitida ao ressonador buconasofaríngeo, e pelos órgãos articuladores, como lábios, língua e dentes, é transformada em palavra falada. Uma das desvantagens do seu uso, em relação às demais opções terapêuticas seria o fato do equipamento produzir um som contínuo, monótono, com tonalidade robótica e sem inflexões de sentimento. Seu uso também requer o uso de uma das mãos, de forma alternada para não cansar muito os braços. Por outro lado, suas vantagens incluiriam maior facilidade de aprendizado pelos pacientes e não requerer cirurgia para sua colocação inicial ou substituição frequente (como a prótese traqueoesofágica). Insumo constante na tabela SIGTAP desde a competência janeiro/2021.

A **Prótese traqueoesofágica** é recomendada pela Sociedade Brasileira de Cirurgia de cabeça e pescoço. Por muitos é considerada como “padrão-ouro” na reabilitação por conferir reabilitação em cerca de 96% (taxa de sucesso) dos pacientes e está indicada na reabilitação de pacientes submetidos a laringectomia total seja no momento da operação ou a posteriori, seja na falência de outros métodos de reabilitação ou pela simples escolha do paciente devidamente esclarecido, e desde que haja perspectiva de acesso a profissional reabilitador, capacidade de manejo e possibilidade de trocas periódicas. A troca do dispositivo deve ser realizada sempre que houver interrupção ou dificuldade do discurso e/ou vazamento, com frequência que varia caso a caso e também de acordo com o modelo da prótese. É imperativo também o seguimento fonoaudiológico conjunto à equipe cirúrgica visando uma melhor reabilitação e a maior durabilidade da prótese (SBCCP, 2016). O departamento de fononcologia da sociedade Brasileira de fonoaudiologia também reconhece as altas taxas de sucesso na reabilitação com prótese traqueoesofágica, assim como é considerada mais rápida que com a voz esofágica (Carta fononcologia SBFa, 2019). Atualmente, o uso de próteses traqueoesofágicas é o método mais aceito, devido à melhor fluência da fala (Menezes MB, Bertelli AAT, Gonçalves AJ, 2012).

Quanto aos adesivos e filtros:

Adesivo: O adesivo é colado na pele do paciente, ao redor do estoma e é utilizado para fixação de um permutador de calor e umidade, este permutador e também conhecido com filtro HME, o adesivo possui uma parte adesiva hipoalérgica, um revestimento descartável e um adaptador onde os permutadores de calor e umidade são conectados, a

troca do adesivo se faz necessária em média a cada 1 dia devido à higiene e a aderência do dispositivo na pele do paciente, existem formatos diferentes de adesivos para possibilitar a adaptação no maior número de pacientes de acordo com as questões estéticas decorrentes laringectomia total e construção do estoma respiratório.

Filtro: O filtro HME também conhecido como permutador de calor e umidade, é utilizado para proteção e reabilitação pulmonar, possui uma esponja de espuma impregnada com cloreto de cálcio dentro de uma estrutura plástica, este filtro HME pode ser acoplado ao dispositivo adesivo e/ou cânula de traqueostomia em silicone específica, a troca do filtro se faz necessária a cada 24/48H.

O filtro HME fará a função que anteriormente era desempenhada pelo nariz, os filtros HME umidificam, aquecem e filtram o ar que passa através do estoma e vai para traqueia, com isso reduz a secreção, tosse, expectoração forçada, frequência de limpeza do estoma, melhorando o convívio social do paciente, que fica menos constrangido com suas secreções.

7. RECURSOS FINANCEIROS

O recurso financeiro para a compra dos insumos é alocado pelo Ministério da Saúde, através do recurso MAC alocado na PPI (fonte 223) para a laringe eletrônica e complementado pela Secretaria de Estado da Saúde, através do Fundo Estadual de Saúde (Fonte 100). E para os itens ainda não constantes na tabela SUS, 100% do financiamento da Fonte 100, conforme programação orçamentária anual.

Com a padronização da laringe eletrônica através da tabela SIGTAP, os serviços habilitados conforme a Classificação (Serviço de Oncologia) e a habilitação, devem lançar o procedimento no SIA, ressarcindo junto ao Ministério da Saúde, gerando série histórica para o Estado. A cada 06 meses a Área Técnica encaminhará o relatório dos itens para GEMAPS para encontro de contas com os Municípios Gestores dos Serviços, após comprovado o processamento dos itens.

8. CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO DO USUÁRIO NO SERVIÇO:

8.1) Laringectomizados – Reabilitação Fonatória:

- Ser laringectomizado total;
- Ter passado por um dos Serviços Hospitalares de referência (ANEXO IV);
- Apresentar laudo médico devidamente preenchido, com carimbo e assinatura do profissional legíveis – ANEXO I; e/ou
- Apresentar formulário padronizado ANEXO X, no caso de indicação somente de laringe eletrônica, preenchido por um dos profissionais previstos pela tabela SIGTAP:

Código	Nome
225121	Médico oncologista clínico
225215	Médico cirurgião de cabeça e pescoço
225275	Médico otorrinolaringologista
225290	Médico cancerologista cirurgico
223810	Fonoaudiólogo

8.2) Traqueostomizados/Laringectomizados – Reabilitação Pulmonar:

- Apresentar TQT temporária ou permanente, com indicação dos insumos, conforme justificativa técnica, ou, ser laringectomizado total;
- Passar por médico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta ou enfermeiro no Serviço de referência ou na Rede básica;
- Apresentar ANEXO II devidamente preenchido por médico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta ou enfermeiro, com carimbo e assinatura do profissional legíveis;
- ANEXO III – formulário de alteração preenchido por um dos profissionais conforme ANEXO II.

8.3) Substituição da Laringe Eletrônica:

- A laringe eletrônica somente poderá ser substituída, a partir de 03 (três) anos da concessão da laringe anterior. No caso de problemas técnicos ou de componentes, devem ser encaminhados ao fornecedor, dentro do prazo de garantia dos mesmos, para substituição dos itens. Prazo de garantia: 2 anos.

9. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DO USUÁRIO NO SERVIÇO:

A exclusão das pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas do serviço poderá ocorrer nas seguintes situações: **Óbito** ou **Alta**: por decanulação (uso temporário); por desligamento voluntário por parte da pessoa; transferência do domicílio para outro Estado; transferência para plano de saúde privado ou abandono por ausência da pessoa ao serviço por três meses consecutivos.

10. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS AO PROCESSO:

10.1) Paciente com laringectomia total:

- ANEXO I e/ou ANEXO X devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo profissional de acordo com o ANEXO (Item 8.1);
- Cópia de RG, CPF, Comprovante de Residência e CNS;

2) Paciente com traqueostomia e/ou já laringectomizado, em acompanhamento no Serviço Municipal:

- ANEXO II devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta ou enfermeiro;
- Cópia de RG, CPF, Comprovante de Residência e CNS;

Para realizar o cadastramento a pessoa traqueostomizada e/ou laringectomizada e/ou seu familiar, deverá apresentar a seguinte documentação junto à SMS de seu município de residência:

1) Documento original em impresso padronizado pela SES/SC (ANEXO I, II e/ou XI), contendo identificação do usuário, especificação do diagnóstico e Classificação Internacional de Doenças (CID 10), devidamente preenchido e assinado/carimbado pelo responsável; No caso do ANEXO X refere-se aos CIDs constantes na tabela SIGTAP, para tais itens;

2) Fotocópia (cópias legíveis e sem rasuras - frente e verso) de: RG; CPF, Comprovante de Residência e Cartão Nacional de Saúde.

11. FLUXOGRAMAS:

11.1 FLUXOGRAMA REABILITAÇÃO FONATÓRIA:

Tratamento e Prescrição da PF ou LE (Laringectomizados):

Com indicação de PF e colocação primária ou secundária da prótese: solicita PF através do fluxo: SMS – Coordenação Regional – SES. Poderá receber 02 tamanhos de PF e o Hospital se responsabiliza pela devolução do item não utilizado, conforme prazos estabelecidos e documentos padronizados (ANEXOS VII, VIII e IX).

No caso de indicação de LE – preenchimento do ANEXO X por um dos profissionais indicados conforme item 8.1

Médico preenche ANEXO I

PF: troca prevista de 6/6 meses no Hospital;

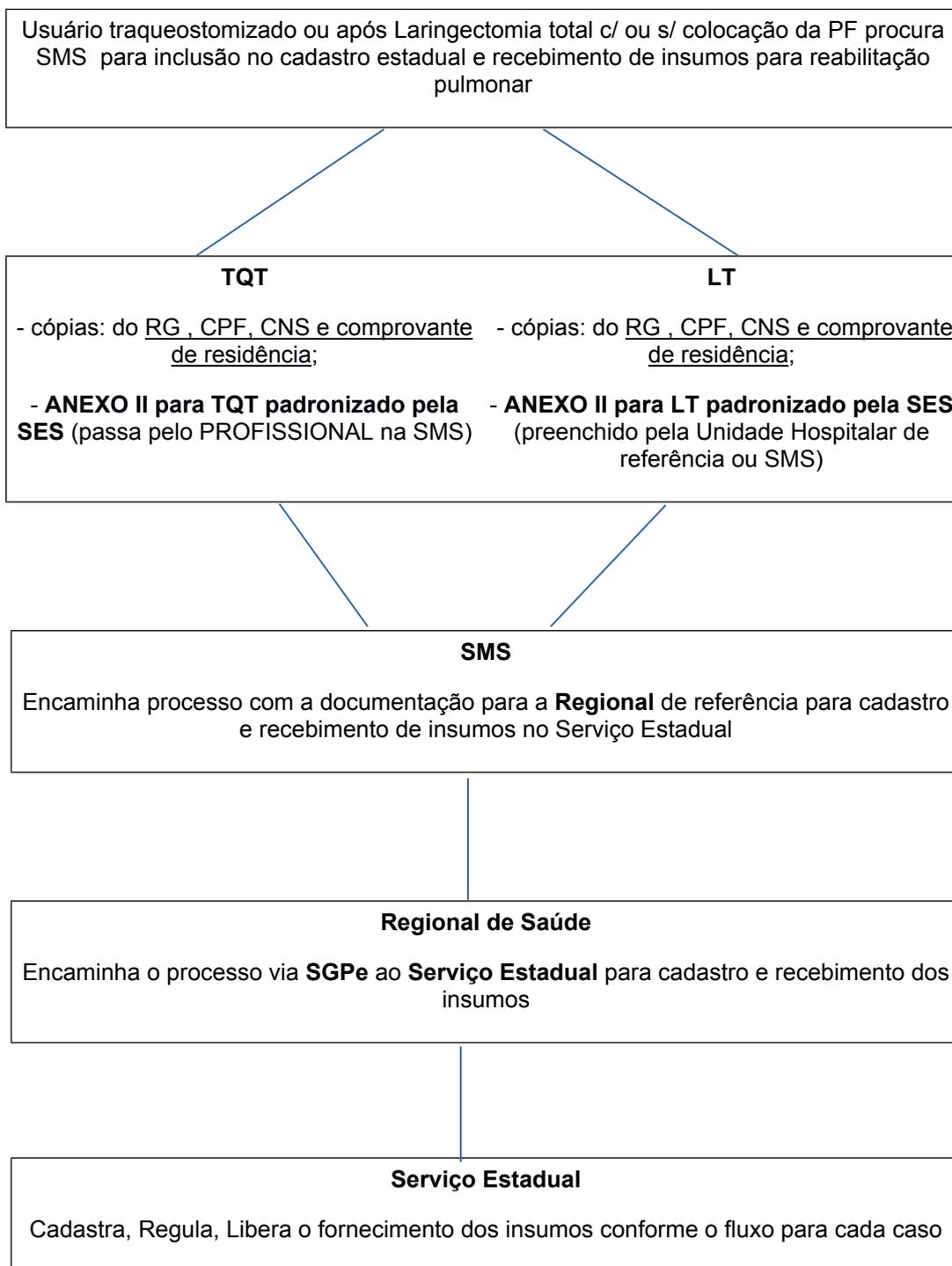
Demais itens: mensalmente na SMS de referência.

A reabilitação fonoaudiológica deverá acontecer no Hospital de referência independente do uso da PF ou LE.

O cadastro é encaminhado através da **SMS**, para **Regional** que envia para o **Serviço Estadual** via **SGPe**

11.2 FLUXOGRAMA REABILITAÇÃO PULMONAR:

Traqueostomizados e/ou Laringectomizados após o fluxo hospitalar:



12. ATRIBUIÇÕES DE CADA PONTO DE ATENÇÃO:

12.1. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

- Implantar as Diretrizes para a Atenção à Saúde das pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina, nos diferentes níveis de atenção, segundo o grau de complexidade, organizadas em um sistema de referência local e regional;
- Normatizar as ações do Serviço Estadual de Atenção à Saúde das pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas com base nos princípios do SUS;
- Programar as ações e os recursos financeiros necessários para a execução das atribuições do nível estadual, no Plano Anual de Saúde e na programação orçamentária;
- Implantar e implementar o Serviço nas Regiões de Saúde do Estado;
- Planejar, coordenar, supervisionar por meio da Coordenação Estadual as ações realizadas pelo nível regional garantindo o cumprimento das Diretrizes do Serviço, conforme a competência de cada ente;
- Articular com os níveis de referência e primário visando à integração da rede, a atualização das informações e orientações técnicas às equipes;
- Avaliar, analisar e emitir parecer técnico a fim de subsidiar a compra de materiais conforme quantificação e qualificação previamente estabelecidas, daqueles insumos que competem a SES;
- Adquirir as próteses e órteses (prótese fonatória, Laringe eletrônica, dispositivos e adjuvantes de proteção e segurança);
- Analisar os processos dos usuários para ingresso no Serviço, realizando o cadastro e a **regulação**
 - Analisar e liberar os pedidos de materiais para as Gerências Regionais de Saúde;
 - Supervisionar a distribuição dos insumos de estomia para as Gerências Regionais de Saúde e Municípios, através das informações contidas no Sistema ATPCD Estomizados, desenvolvido pela DITIG;
 - Capacitar os profissionais dos Hospitais de referência e da Atenção básica, quanto aos fluxos e documentos específicos do serviço para o correto encaminhamento;

12.2. Regionais de Saúde

- Planejar, coordenar e supervisionar as ações do Serviço de Atenção à Saúde das pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas, junto aos municípios de sua área de abrangência.
- Contribuir com o processo de regionalização e hierarquização das ações que deverá ser executado por todos os níveis da rede de atenção, segundo o grau de complexidade, respeitando a lógica do sistema de referência local e regional;
 - Indicar profissional responsável pelo Serviço junto à Gerência;
 - Orientar os profissionais da rede básica e hospitalar;
 - Analisar e avaliar o desempenho dos municípios sob sua jurisdição garantindo o cumprimento das Diretrizes do Serviço;
 - Garantir a guarda e distribuição dos equipamentos de ostomia que serão utilizados pelos municípios;
 - Analisar os processos de solicitação das órteses, observando os critérios para inscrição e encaminhar ao Serviço Estadual, a fim de efetivar o cadastramento dos mesmos, através do SGPe;
 - Realizar a concessão dos insumos de reabilitação fonatória ao UNACON/CACON de referência, sendo responsável por na entrega preencher e recolher formulários de responsabilidade e recebimento de insumos conforme padronizados nesta diretriz;
 - Informar a Coordenação Estadual sempre que houver dificuldades de fluxos ou atendimento inadequado na região de sua abrangência;

12.3. SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

- Encaminhar os processos de solicitação de reabilitação fonatória e/ou pulmonar advindos do Hospital de referência, com os ANEXOS I, II e/ou X devidamente preenchidos;
- Garantir o atendimento aos usuários cadastrados no município, designando unidades de saúde que estejam capacitadas para realizarem o serviço **com equipe mínima (médico/enfermeiro/fonoaudiólogo/fisioterapeuta)**;
- Avaliar todos os usuários, solicitar exames e a avaliação de outros especialistas, caso

seja necessário;

- Solicitação de insumos alteração de insumos, com justificativa, mediante preenchimento (Médico, enfermeiro, fisioterapeuta ou fonoaudiólogo) de impresso padronizado pelo Serviço Estadual (ANEXO II e III);
- Solicitar ao usuário a documentação necessária para inclusão no Serviço Estadual de Atenção à Saúde das pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas;
- Analisar as indicações e/ou prescrições de equipamentos;
- Garantir a guarda e distribuição dos insumos para ostomia utilizados pelos usuários cadastrados no Serviço;
- Divulgar entre os profissionais e instituições de saúde do seu município que prestam atendimento as pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas, a estrutura do serviço existente no município e no Estado e os requisitos para cadastramento do usuário;
- Promover e participar de capacitação de profissionais que atuam com pessoas com traqueostomias e/ou laringectomias na rede básica do seu município;
- Garantir a visita domiciliar para orientação e acompanhamento do usuário;
- Articular com o nível de referência (Hospital de referência regional) sempre que necessário, o acompanhamento ao usuário em tratamento ou em alta, atendendo sempre que solicitado, para fornecer orientações técnicas aos demais serviços que compõem a rede.

12.4. REDE HOSPITALAR

- Garantir o preenchimento correto do ANEXO I, II e/ou X, na alta hospitalar ou antes dela, para que o paciente tenha acesso ao Serviço Estadual de Atenção à Saúde das pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas;
- Encaminhar as pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas ao Serviço de referência no Município do domicílio para dar seguimento ao tratamento terapêutico;
- Orientar o paciente/familiar ou cuidador quanto a existência do Serviço de Atenção à Saúde das pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas, e que o mesmo procure a Secretaria municipal de Saúde de seu município de residência, para inclusão;
- Garantir o retorno para consulta médica e revisão com equipe multiprofissional, com intervalos e rotinas pre definidas, no caso de laringectomizados com indicação de prótese fonatória;

- Se comprometer a participar (toda equipe de reabilitação) dos treinamentos técnicos para indicação e utilização dos insumos;
- Garantir a reabilitação fonatória deste paciente;
- Acompanhar os usuários laringectomizados em uso de LE e PF.

12.5. USUÁRIO

- Procurar o Serviço de atendimento às pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas do seu município para realização do cadastramento para recebimento dos materiais para o cuidado com a LT e/ou TQT, munido dos documentos necessários;
- Armazenar adequadamente no domicílio os insumos recebidos, prestando atenção aos prazos de validade;
- Manter seu cadastro atualizado tanto nas unidades básicas de saúde quanto nos serviços de atendimento à pessoa com ostomia;
- Informar imediatamente a unidade básica de saúde e/ou o serviço de atendimento às pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas de seu município os casos de mudança de endereço para dentro ou fora do Estado, recebimento de material pelo plano de saúde privado, ou óbito da pessoa com ostomia.

13. CONFIGURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS TRAQUEOSTOMIZADAS E/OU LARINGECTOMIZADAS

A Rede de Atenção à Saúde das pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas deverá compor a organização da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina, conforme pactuações regionais aprovadas em CIR e CIB.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

A concessão de insumos para as Unidades Hospitalares somente será efetivada após o treinamento dos profissionais de cada Unidade quanto aos fluxos, indicações e utilização dos insumos, e após o usuário encaminhar a solicitação via SMS;

A concessão de insumos para as SMS somente será efetivada após a aprovação do cadastro do usuário pelo Serviço Estadual de Atenção à Saúde das pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas da ATPCD/SUR/SES.

A Atenção ao usuário será realizada conforme desenho da Rede Regional, pactuado em CIR, e de acordo com as competências de cada Ponto de Atenção, garantindo a atenção integral à Saúde das pessoas traqueostomizadas e/ou laringectomizadas, e deverá constar no Plano de Ação Regional – PAR da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência.

Os Serviços Hospitalares de referência devem garantir o **retorno e acompanhamento daqueles usuários laringectomizados em utilização de PF e/ou LE, bem como a reabilitação fonoaudiológica;**

Quando da colocação primária, onde o Hospital poderá receber dois tamanhos de prótese, porém somente utilizará um. É de inteira responsabilidade a devolução do outro ao almoxarifado da SES, mantendo produto íntegro conforme termo de responsabilidade que será assinado na retirada.

ANEXO VI – listagem atualizada de Insumos padronizados pela SES.

ANEXO IV – UNACONS/ CACONS de referência em Santa Catarina.

ANEXO V – Hospitais aptos a prescreverem Laringe Eletrônica, conforme os códigos previstos na tabela SIGTAP para ressarcimento.

ANEXO XI – UNACONS/ CACONS de referência conforme a Gestão.

15. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Estimativa 2010. Incidência de Câncer no Brasil. Brasília (DF): INCA; 2010. Disponível em:

BRUNNER L.S.; SUDDARTH, D.S. Tratamento de pacientes com distúrbios intestinais e retais. In: Brunner LS, Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 08 ago 2017. Legislação Federal e marginália.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012**. Diário Oficial da União, Brasília. 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 08 ago 2017. Legislação Federal e marginália.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Portaria n. 835, de 25 de abril de 2012**. Diário Oficial da União. Brasília. 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html>. Acesso em: 08 ago 2017. Legislação Federal e marginália.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa. Comissão IntergestoresBipartite (CIB). A Comissão IntergestoresBipartite, no uso de suas atribuições, em sua 154ª reunião ordinária do dia 09 de dezembro de 2010, APROVA a constituição da Rede de Serviços aos Ostomizados de Santa Catarina e os critérios para habilitação dos

serviços. **Deliberação 493, de 09 de dezembro de 2010.** Coordenador CIB Roberto Hess de Souza. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=244&limit=50&order=hits&dir=DESC&Itemid=85>. Acesso em: 08 ago 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelecer Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Portaria n. 400, de 16 de novembro de 2009. Diário Oficial da União. Brasília. 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html>. Acesso em: 08 ago 2017. Legislação Federal e marginália.

Yamada, Beatriz F. Alves. Mensagem do presidente. Rev. Estima. 2004 Out- nov-dez; 2(4): 7.

BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 08 ago 2017. Legislação Federal e marginália.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Diário Oficial da União. Brasília: 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 08 ago 2017. Legislação Federal e marginália.

BRASIL. **Decreto n. 5296, de 2 dezembro 2004.** Regulamenta a Lei n. 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e Lei n. 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: 2004. Legislação Federal e marginália.

MARTINS, Margarete Linhares. et al. A trajetória do grupo de apoio à pessoa ostomizada: projetando ações de saúde e compartilhando vivências e saberes. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 04, n. 14, p. 594-540, out./dez. 2005.

ARDIGO, Fabíola Santos; AMANTE, Lúcia Nazareth. Conhecimento do profissional acerca do cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal e família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 04, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400024> Acesso em: 08 ago de 2017

ROCHA, Carlos. Estomia vs. Ostomia. **?Ciberdúvidas da Língua Portuguesa**. 2014. Disponível em: <<https://ciberduvidas.iscteul.pt/consultorio/perguntas/estomia-vs-ostomia/32681>>. Acesso em: 21 jul 2017.

RODRIGUES, Sandra Ost.. **As redes sociais de apoio no cuidado às pessoas com estomias**: Revisão Bibliográfica. **Saúde**, Santa Maria, v.39, n.1, p. 3342, 2013. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaude/article/view/7256/pdf_1> Acesso em: 08 ago de 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232010000500005&script=sci_arttext>. Acesso em: ago de 2017

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. As redes de atenção à saúde. **As redes de atenção à saúde**. Cap.2. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>>. Acesso em: ago de 2017

COLWELL, JC. et al. Peristomal-moisture associated dermatitis and periwound moisture-associated dematites-a consensus. *J WoundOstomyNurs*, 2011; 38 (5): 541-53. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/51601937>>. Acesso: 02 out. 2016.

BOURKE R. et al. Convexidade faz sentido. Rev. Estima. 2006; 4 (4):44-46.

HOEFLOK J, KITTSCHA J, PURNELL P. Use convexity in pouching: wound, ostomy and continence. Nurses Society, 2013; 40(5): 506-512.

ROLSTAD BS, BEAVES C. 2006 Update: principles and techniques in the use of convexity. Ostomy/Wound Management, 2006. Disponível em: <<http://www.webwocnurse.com/portals/.../convexity2006>>. Acesso: 19 nov. 2016.

BRASIL. Princípios para o cuidado domiciliar por profissionais de Saúde. Belo Horizonte: 2013. Disponível em: <<http://www.unasus.gov.br>>. Acesso em: set. 2014.

Garcia, T. F. Influência da Válvula de fala no desmame da Ventilação mecânica e no Tempo de traqueostomia: Uma Revisão de Literatura. USP Ribeirão Preto 2017. Programa de Aprimoramento Profissional – Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: http://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2017/06/PAP_Tauana-Finotti-Garcia_2017.pdf.

Gomes. S.H.R., AoKi. S.C.M., Santos. S.R., Motter. A.A., A Comunicação do Paciente Traqueostomizado: Uma revisão integrativa. CEFAC 2016 Set-Out: 18(5):1251-1259. Universidade Federal do Paraná, Curitiba-Paraná, Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n5/1982-0216-rcefac-18-05-01251.pdf>.

Costa. C.C., Favero C.T., Rosa B.F., Steidl E.M.S, Mancopes R., Artigo Decanulação: atuação fonoaudiológica e fisioterapêutica. Distúrbios Comun. São Paulo, 28(1): 93-101, março, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/silvatcc/Downloads/22714-71420-1-PB.pdf>.

Rocha. C.B., Saconato. M., Fiorese. A.C., Boggosian. C., Chiari. B.C., Gonçalves. M.I.R., REINTRODUCTION OF ORALLY DIET AND DECANNULATION AFTER SPEECH THERAPY WITH SPEECH VALVE. May 2012 vol16, num suppl DOI: 10.7162/S1809-977720120S1PF-008. Disponível em: http://www.arquivosdeorl.org.br/additional/acervo_eng.asp?id=1224.

Jotz, G. P. Carrara-de-Angelis, E. Disfagia Abordagem Clínica e Cirúrgica : criança adulto e idoso. 1 ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

Barros, A.P.B.; Portas, J. G.; Queija, D. S. Tracheotomy implication upon communication and swallowing in Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v.38, n3, p 202-207, julho/agosto/setembro 2009.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO
COORDENAÇÃO DA ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM ESTOMIA

ANEXOS

ANEXO I

(PACIENTE LARINGECTOMIZADO TOTAL – REABILITAÇÃO FONATORIA)

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

1.1 NOME:

1.2 IDADE: _____

1.3 SEXO: () FEMININO () MASCULINO

1.4 CAUSA INDICADORA: () CID C32.9 () CID Z93.0

1.5 CIDADE ONDE A LARINGECTOMIA FOI
REALIZADA: _____

1.6 QUAL HOSPITAL: _____

1.7 NOME DO MÉDICO CIRURGIÃO:

1.8 DATA DA REALIZAÇÃO DA LARINGECTOMIA: ____/____/____

1.9 TELEFONE DO USUÁRIO: _____

1.10 HOSPITAL QUE SOLICITA O INSUMO: (marca Dágua ou carimbo
identificando) e Nome Legível _____

1.11. CPF DO PACIENTE: _____

2. CARACTERÍSTICAS DA ESTOMIA

2.1 TAMANHO DO ESTOMA ALT _____ (MM) - LAR _____ (MM)

2.2 FORMATO: () REDONDO () OVAL ()
OUTROS: _____

2.3 COMPLICAÇÕES DENTRO DO ESTOMA:

() ESTENOSE () GRANULOMA () IRRITAÇÃO

2.4 CIRURGIA DE RESGATE () SIM () NÃO

3. PRÓTESE TRAQUEOESOFÁGICA: () NÃO SE APLICA PROCEDIMENTO PARA COLOCAÇÃO (Ato da laringectomia ou posteriormente)

() 07.02.09.004-2-PRÓTESE VOCAL POS-LARINGECTOMIA COM ADAPTADORES AVULSO

3.1 PRIMEIRA COLOCAÇÃO:

() 8MM () 10MM () 12,5MM

3.2 TROCA: () VEGA

() 4MM () 6MM () 8MM () 10MM () 12,5MM () 15MM

3.3 TROCA: () VEGA XTRASEAL

() 4MM () 6MM () 8MM () 10MM () 12,5MM () 15MM

3.4 PLUGUE:

() SIM () NÃO SE APLICA

3.5 ESCOVA PARA PRÓTESE:

() SIM () NÃO SE APLICA

3.6 DISPOSITIVO DE LIMPEZA E IRRIGAÇÃO DE PRÓTESES:

() SIM () NÃO SE APLICA

4. OBSERVAÇÕES: _____

5. LOCAL E DATA
MÉDICO

7. ASSINATURA E CARIMBO DO

_____, ____/____/____ . _____.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO
COORDENAÇÃO DA ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM ESTOMIA

ANEXO II

PACIENTE LARINGECTOMIZADO E/OU TRAQUEOSTOMIZADO REABILITAÇÃO PULMONAR E PROTEÇÃO DO ESTOMA

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

5.1 NOME: _____
—

5.2 IDADE: _____
—

5.3 SEXO: () FEMININO () MASCULINO

5.4 CAUSA INDICADORA: () CID C32.9 () CID Z93.0

5.5 CIDADE DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE: _____

5.6 ONDE A TRAQUEOSTOMIA FOI REALIZADA: (HOSPITAL)

5.7 NOME DO MÉDICO CIRURGIÃO: _____

5.8 DATA DA REALIZAÇÃO DA TRAQUEOSTOMIA E/OU LARINGECTOMIA:
____/____/____

5.9 TELEFONE DO USUÁRIO: _____

6. CARACTERÍSTICAS DO ESTOMA = TRAQUEOSTOMA

6.1 TAMANHO: ALTURA _____ (MM) LARGURA _____ (MM)

6.2 OSTOMIA: () DEFINITIVA () TEMPORÁRIA () TEMPO
PREVISTO: _____

6.3 FORMATO: () REDONDO () OVAL ()
OUTROS _____

6.4 COMPLICAÇÕES DENTRO DO ESTOMA:
() ESTENOSE () GRANULOMA () IRRITAÇÃO

6.5 IRRITAÇÃO/ALERGIA NA PELE DO PESCOÇO () OUTROS ()

7. TIPO DE EQUIPAMENTO/DISPOSITIVO

7.1 FILTRO HME

() XTRAFLOW (mais aberto) () XTRAMOIST (mais fechado)

Uso diário e ininterrupto com troca de 24/24 horas. Exceto em casos de excesso de secreção (sangramentos, tosse excessiva ou gripes) ou início de adaptação de uso que suja mais e assim terá que efetuar mais trocas ao dia nos primeiros 2 meses. Caixa com 30 unidades cada, duração 1 mês.

7.2 CÂNULA PADRÃO () NÃO SE APLICA

() 8/27 () 8/36 () 8/55 () 9/27
() 9/36 () 9/55 () 10/27 () 10/36
() 10/55 () 12/27 () 12/36 () 12/55

Uso diário no pós operatório imediato para evitar estenose traqueal e o fechamento do estoma. Necessidade de 2 unidades para efetuar higiene de 1 quando utilizar o outro dispositivo. Durabilidade de 6 meses. Pode ser utilizado para realizar sessões de radioterapia com liberação e acompanhamento médico, com a retirada do filtro HME, se faz necessário a retirada diária da traqueostomia, pelo menos uma vez para higienização.

7.3 CÂNULA COM FENESTRAS () NÃO SE APLICA

() 8/36 () 8/55 () 9/36 () 9/55
() 10/36 () 10/55 () 12/36 () 12/55

Uso diário no pós operatório imediato para evitar estenose traqueal e o fechamento do estoma. Indicado para o paciente que estiver utilizando a prótese traqueoesofágica, para garantir a passagem do ar pelas fenestras. Necessidade de 2 unidades para efetuar higiene de 1 quando utilizar o outro dispositivo. Durabilidade de 6 meses. Serve para fixação do filtro HME. Pode ser utilizado durante as sessões de radioterapia com liberação e acompanhamento medico, com a retirada do filtro HME, se faz necessário a retirada diária da traqueostomia, pelo menos uma vez para higienização.

7.4 CÂNULA TIPO BUTTON () NÃO SE APLICA

() 12/8 () 14/8 () 16/8 () 18/8

Uso diário, pós cicatrização quando indicado para evitar estenose e o fechamento do estoma.
Indicado para o paciente que estiver utilizando a prótese traqueoesofágica, para garantir a passagem do ar pela prótese traqueoesofágica. Necessidade de 2 unidades para efetuar higiene de 1 quando utilizar o outro dispositivo. Durabilidade de 6 meses. Serve para fixação do filtro HME.

7.5 ADESIVO (BASE) () NÃO SE APLICA

- () OPTIDERM OVAL () FLEXIDERM OVAL
() XTRABASE () STABILIBASE

Uso diário da alta total do cirurgião em relação aos pontos e cicatrização do local. Uso diário e contínuo sendo sua troca de 1 por dia em média.

7.6 PROTETOR DE BANHO:

- () SIM () NÃO SE APLICA

8. OBSERVAÇÕES: _____

**9. LOCAL E DATA
PROFISSIONAL**

10. ASSINATURA E CARIMBO DO

_____, ____/____/____ . _____.



ANEXO III

PACIENTE LARINGECTOMIZADO E/OU TRAQUEOSTOMIZADO

FICHA DE ALTERAÇÃO DE INSUMOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

9.1 NOME: _____

—

9.2 IDADE: _____

—

9.3 SEXO: () FEMININO () MASCULINO

9.4 CAUSA INDICADORA: () CID 32.9 () CID Z93.0

9.5 CIDADE DE RESIDÊNCIA: _____

9.6 CPF DO PACIENTE: _____

10. CARACTERÍSTICAS DO ESTOMA = TRAQUEOSTOMA

10.1 TAMANHO: ALTURA _____(MM) LARGURA _____(MM)

10.2 OSTOMIA: () DEFINITIVA () TEMPORÁRIA () TEMPO
PREVISTO: _____

10.3 FORMATO: () REDONDO () OVAL ()
OUTROS _____

10.4 COMPLICAÇÕES DENTRO DO ESTOMA:
() ESTENOSE () GRANULOMA () IRRITAÇÃO

10.5 IRRITAÇÃO/ALERGIA NA PELE DO PESCOÇO () OUTROS ()

11. DADOS RELATIVOS AO MATERIAL EM USO (Assinalar materiais em uso)

11.1 FILTRO HME:

() XTRAFLOW () XTRAMOIST

11.2 CÂNULA PADRÃO: () NÃO SE APLICA

() 8/27 () 8/36 () 8/55

()12/27 ()12/36 ()12/55-REF.7615

13.3 CÂNULA COM FENESTRAS – () NÃO SE APLICA

()8/36 ()8/55-REF.7638

()9/36 ()9/55-REF.7641

()10/36 ()10/55-REF.7644

()12/36 ()12/55-REF.7647

13.4 CÂNULA CURTA TIPO BUTTON

()12/8 ()14/8 ()16/8 ()18/8

13.5 ADESIVO (BASE) – () NÃO SE APLICA

()OPTIDERM OVAL ()FLEXIDERM OVAL

()XTRABASE ()STABILIBASE

14. OBSERVAÇÕES: _____

**15. LOCAL E DATA
PROFISSIONAL**

16. ASSINATURA E CARIMBO DO

_____, ____/____/____ . _____.



ANEXO IV

Lista atualizada dos Hospitais de referência

CIDADE	NOME FANTASIA	HABILITAÇÃO (CÓDIGO DE CLASSIFICAÇÃO)
BLUMENAU	HOSPITAL SANTA ISABEL	1707
BLUMENAU	HOSPITAL SANTO ANTONIO	1706, 1707, 1708 E 1709
CHAPECO	HOSPITAL REGIONAL DO OESTE	1707, 1708, 1717
CRICIUMA	HOSPITAL SAO JOSE	1707, 1708
FLORIANOPOLIS	HOSPITAL UNIVERSITARIO	1708
FLORIANOPOLIS	CEPON	1715
FLORIANOPOLIS	IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE	
FLORIANOPOLIS	MATERNIDADE CARMELA DUTRA	
FLORIANOPOLIS	HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS	1714
ITAJAI	HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN	1706
JARAGUA DO SUL	HOSPITAL SAO JOSE	1707
JOACABA	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA TEREZINHA	1706, 1717
JOINVILLE	HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOSE	1712
JOINVILLE	HOSPITAL INFANTIL JESSER AMARANTE	
LAGES	HOSPITAL GERAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS	1706, 1707
PORTO UNIAO	HOSPITAL DE CARIDADE SAO BRAZ	1706
TUBARAO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	1706
SÃO BENTO DO SUL	HOSPITAL E MATERNIDADE SAGRADA FAMÍLIA	1706
RIO DO SUL	HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE	1706



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO
COORDENAÇÃO DA ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM ESTOMIA

ANEXO V

HOSPITAIS APTOS A PRESCREVER LARINGE ELETRÔNICA CONFORME TABELA SIGTAP, SERVIÇO DE CLASSIFICAÇÃO

Indicadores Habilitações Habilitações - 1706- UNACOM SANTA CATARINA

UF	CNES	Estabelecimento	Competência Inicial	Competência Final	Leitos SUS	CNPJ Própria	CNPJ Mantenedora	Município
SC	2522691	HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN	04/2008	----		60194990002200	60194990000178	ITAJAI
SC	2521792	HOSPITAL E MATERNIDADE SAGRADA FAMILIA	05/2018	----		01630921000281		SAO BENTO DO SUL
SC	2504332	HOSPITAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS	10/2009	----		82951245002617	82951245000189	LAGES
SC	2491710	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	09/2007	----		60922168005307		TUBARAO
SC	2568713	HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE	05/2018	----		73433427000157		RIO DO SUL
SC	2558254	HOSPITAL SANTO ANTONIO	11/2009	----		82654088000120		BLUMENAU
SC	2543044	HOSPITAL SAO BRAZ	09/2007	----		60975737009531		PORTO UNIAO
SC	2560771	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA TEREZINHA	09/2007	----		84592369000988	84592369000120	JOACABA
Total de Leitos								0
Total de Estabelecimentos								8

Indicadores Habilitações Habilitações - 1707- UNACOM COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA SANTA CATARINA

UF	CNES	Estabelecimento	Competência Inicial	Competência Final	Leitos SUS	CNPJ Própria	CNPJ Mantenedora	Município
SC	2504332	HOSPITAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS	12/2016	----		82951245002617	82951245000189	LAGES
SC	2537788	HOSPITAL REGIONAL DO OESTE	09/2007	----		02122913000106		CHAPECO
SC	2558246	HOSPITAL SANTA ISABEL	10/2008	----		60922168005226		BLUMENAU
SC	2558254	HOSPITAL SANTO ANTONIO	08/2021	----		82654088000120		BLUMENAU
SC	2306336	HOSPITAL SAO JOSE	10/2009	----		12846027000189		JARAGUA DO SUL
SC	2758164	HOSPITAL SAO JOSE	09/2007	----		92736040000890	92736040000114	CRICUMA
Total de Leitos								0
Total de Estabelecimentos								6

Indicadores Habilitações
Habilitações - 1708- UNACON COM SERVIÇO DE HEMATOLOGIA
SANTA CATARINA

UF	CNES	Estabelecimento	Competência Inicial	Competência Final	Leilas SUS	CNPJ Própria	CNPJ Mantenedora	Município
SC	2537788	HOSPITAL REGIONAL DO OESTE	09/2007	----		02122913000106		CHAPECO
SC	2558254	HOSPITAL SANTO ANTONIO	08/2021	----		82654088000120		BLUMENAU
SC	2758164	HOSPITAL SAO JOSE	09/2007	----		92736040000890	92736040000114	CRICIUMA
SC	1157245	HOSPITAL UNIV PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SAO THIAGO	09/2007	----		15126437003401		FLORIANOPOLIS

Indicadores Habilitações
Habilitações - 1709- UNACON COM SERVIÇO DE ONCOLOGIA PEDIATRICA
SANTA CATARINA

UF	CNES	Estabelecimento	Competência Inicial	Competência Final	Leilas SUS	CNPJ Própria	CNPJ Mantenedora	Município
SC	2558254	HOSPITAL SANTO ANTONIO	08/2021	----		82654088000120		BLUMENAU
Total de Leilas								0
Total de Estabelecimentos								1

Indicadores Habilitações
Habilitações - 1712- CACON
SANTA CATARINA

UF	CNES	Estabelecimento	Competência Inicial	Competência Final	Leilas SUS	CNPJ Própria	CNPJ Mantenedora	Município
SC	2436489	HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOSE	03/2007	----		84703248000109		JOINVILLE
Total de Leilas								0
Total de Estabelecimentos								1



ANEXO VI

LISTAGEM DOS INSUMOS PADRONIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPTIVO
123960001	Laringe eletrônica: Kit composto com 01 eletrolaringe, 02 Pilhas AA 1,25V – recarregáveis ou bateria recarregável, 01 fonte de alimentação USB, 01 cabo USB, 01 adaptador oral e 02 tubos orais. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade mínima 06 anos da data da entrega. Embalagem individual. Deve fornecer mínimo de 02 anos de garantia técnica e de componentes.
123960002	Prótese Fonatória - Válvula de fala Descrição: Kit composto de 01 protetor de faringe confeccionado em termoplástico transparente, 01 agulha de punção de aço inoxidável cirúrgico, 01 fio-guia de plástico fluorado pré-colorido e 01 dilatador de punção de plástico com equipamento fixador também de plástico com 01 prótese fonatória, pré-posicionada, de silicone de grau médico e anel radiopaco com válvula de silicone de abertura unidirecional. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade mínima: 03 anos da data da entrega. Embalagem individual. 0702090042.
123960003	Prótese Fonatória - Válvula de fala Descrição: Kit composto de 01 prótese fonatória de silicone de grau médico e anel radiopaco com válvula de silicone de abertura unidirecional e 01 introdutor feito de plástico. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade mínima: 03 anos da data da entrega . Embalagem individual.0702090042
123960004	Plugue 22,5 FR - Kit composto por: um (01) Plugue e uma (01) escova. Um (01) PLUG: dispositivo confeccionado em silicone, diâmetro 6,4mm, comprimento 83mm, adaptador para prótese fonatória 22,5FR Uma (01) Escova: cabeça da escova em aço inoxidável e poliamida, comprimento da cabeça da escova de 22mm/ cabo em polipropileno com corante azul masterbach, comprimento total da escova 177mm. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade. Embalagem contendo um (01) Kit.

123960005	Dispositivo de limpeza das próteses fonatórias - Dispositivo composto por tubo de lavagem confeccionado em propileno, medindo aproximadamente 111mm de comprimento e bexiga de lavagem confeccionada em silicone, medindo aproximadamente 35 mm de comprimento, comprimento total de aproximadamente 157 mm. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade. Embalagem individual.
123960006	Escova de Limpeza das próteses fonatórias - Escova para procedimentos invasivos, escova não estéril com cerdas flexíveis e especialmente desenhada para limpeza de prótese fonatória; fabricada em aço inox e envolta em pvc; possui um delimitador e um protetor na ponta para impedir um aprofundamento maior da escova durante a limpeza da prótese fonatória; disponível em dois tamanhos: normal e xl; Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade. Embalagem individual.
123960007	Kit de traqueostomia - Cânula de traqueostomia em silicone com ou sem fenestras. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade mínima de 02 anos da data da entrega. Embalagem individual.
123960008	Cânula de traqueostomia - Cânula curta de traqueostomia tipo button de silicone. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade mínima de 02 anos da data da entrega. Embalagem individual.
123960009	Protetor de estoma para banho - Colar cervical protetor de traqueostomia, disponível nos tamanhos P, M e G. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade. Embalagem individual.
123960010	Adesivo para traqueostomia - não estéril, possui uma parte adesiva hipoalergênica, revestimento destacável e adaptador onde os dispositivos permutadores de calor e umidade possam ser conectados. Caixa com 20 unidades. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade.
123960011	Filtro p/ prótese voz de traqueostomia - Permutador de calor umidade, não estéril, possui esponja de espuma impregnada com cloreto de cálcio dentro de estrutura plástica. a estrutura possui tampa superior que pode ser pressionada com o dedo durante a fala. Embalados em plástico transparente e selado dentro de caixas também seladas. Caixa com 30 unidades. Contendo dados de

identificação, quantidade, lote, procedência, validade.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO
COORDENAÇÃO DA ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM ESTOMIA

ANEXO VII

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELA GUARDA E USO DE EQUIPAMENTO

Recebi da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES), CNPJ nº 80.673.411/0001-87, através do Centro de Custos: _____, ____ próteses fonatórias, para uso exclusivo do paciente: _____, conforme estabelecido na Deliberação 202/CIB/2019, comprometendo-me a mantê-los em perfeito estado de conservação, ficando ciente de que:

1) Se o equipamento for danificado, extraviado ou inutilizado por emprego inadequado, mau uso, negligência ou extravio, o Hospital: _____ fornecerá novo equipamento da mesma marca, modelo e tamanho em substituição ao mesmo;

2) Findo o prazo da realização da cirurgia e definido o modelo utilizado, o modelo a ser devolvido deverá estar em embalagem original estéril, intacta, sem nenhuma identificação do hospital, sem rasura. O material deverá ser devolvido à SES, através do Centro de Custo onde foi retirado, no prazo de até 07 (sete) dias úteis. Junto ao material, deverá ser encaminhada cópia do termo de recebimento da prótese utilizada pelo paciente: _____, assinada pelo mesmo ou responsável legal.

3) A não devolução implicará em ressarcimento à SES (de material idêntico ao fornecido) pelo referido Hospital e na interrupção de fornecimento de novos insumos para Reabilitação Fonatória até que seja feita a reposição do item.

4) Insumos fornecidos:

Quantidade: _____

Marca: _____

Código _____ SES: _____

Modelo _____ (tamanhos): _____

Lotes: _____

Validade: _____

_____, 20_____, _____ de _____

Hospital: _____

Nome: _____

CPF: _____ Cargo: _____

Assinatura: _____



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO
COORDENAÇÃO DA ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM ESTOMIA

ANEXO VIII

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE INSUMOS (PRÓTESE FONATÓRIA)

Nome: _____, CPF: _____
_____, declaro e confirmo a devolução do material abaixo
descrito, fornecido pela Secretaria de Estado da Saúde (SES), ao Centro de Custos:
_____.

Tipo _____ de
Material: _____
Código _____ SES: _____ Lote: _____
_____ Modelo (Tamanho):

Validade: _____

_____, _____ de
_____ de 20 _____

Hospital: _____

Assinatura: _____

Centro de Custos _____

Nome _____ do _____ Servidor: _____
_____ CPF: _____

Assinatura: _____



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO
COORDENAÇÃO DA ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM ESTOMIA

ANEXO IX

TERMO DE RECEBIMENTO DE INSUMOS

Nome: _____, CPF: _____
_____, declaro e confirmo o recebimento de Insumos para
Reabilitação: () Fonatória () Pulmonar, pelo Hospital:
_____, através da Secretaria
de Estado da Saúde, pelo Centro de Custo: _____.

Insumos recebidos:

Prótese Fonatória ()	Laringe Eletrônica ()	Kit(Cânula, filtro e adesivo) ()
Marca:	Marca:	Marca:
Modelo:	Modelo:	Modelo:
Lote:	Lote:	Lote:
Validade:	Validade:	Validade:

Por ser expressão da verdade, assino a presente declaração.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Data e Local, _____, _____ de _____ de 20__



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO X

(PACIENTE LARINGECTOMIZADO TOTAL – REABILITAÇÃO FONATORIA)

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

1.1 NOME: _____

1.2 IDADE: _____

1.3 SEXO: () FEMININO () MASCULINO

1.4 CAUSA INDICADORA: CID: () C32.0 () C32.1 () C32.2 () 32.8 ()
32.9

1.5 CIDADE ONDE A LARINGECTOMIA FOI REALIZADA: _____

1.6 QUAL HOSPITAL: _____

1.7 NOME DO MEDICO CIRURGIÃO:

1.8 DATA DA REALIZAÇÃO DA LARINGECTOMIA: ____ / ____ / ____

1.9 TELEFONE DO USUÁRIO: _____

1.10 HOSPITAL QUE SOLICITA O INSUMO (Marca D'água ou carimbo de
identificação e nome legível): _____

1.11 CPF paciente: _____

2. Indicação de Laringe Eletrônica, justificativa:

3. OBSERVAÇÕES:

4. LOCAL E DATA

5. ASSINATURA E CARIMBO

_____, ____/____/____ . _____.



ANEXO XI

Lista dos Serviços, conforme a classificação Tabela SIGTAP e a Gestão

CIDADE	NOME FANTASIA	Pode lançar Procediment o Produção LE	HABILITAÇÃO UNACON/CACON		GESTÃO/CONTRATO		
			SIM	NÃO	Próprio SES	Contrato SES ou OS, gestão Estadual	Gestão Municipal, outros identificar
BLUMENAU	HOSPITAL SANTA ISABEL	X	X				X
BLUMENAU	HOSPITAL SANTO ANTONIO	X	X				X
CHAPECO	HOSPITAL REGIONAL DO OESTE	X	X				X
CRICIUMA	HOSPITAL SAO JOSE	X	X				X
FLORIANOPOLIS	HOSPITAL UNIVERSITARIO	X	X			X	
FLORIANOPOLIS	CEPON			X		X	
FLORIANOPOLIS	IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE			X			X
FLORIANOPOLIS	MATERNIDADE CARMELA DUTRA			X	X		
FLORIANOPOLIS	HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS			X	X		
ITAJAI	HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN	X	X				X
JARAGUA DO SUL	HOSPITAL SAO JOSE	X	X				X
JOACABA	HOSPITAL	X	X			X	

	UNIVERSITARIO SANTA TEREZINHA						
JOINVILLE	HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOSE	X	X				X
JOINVILLE	HOSPITAL INFANTIL JESSER AMARANTE			X			X
LAGES	HOSPITAL GERAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS	X	X		X		X
PORTO UNIAO	HOSPITAL DE CARIDADE SAO BRAZ	X	X			X	
TUBARAO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	X	X			X	
RIO DO SUL	HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE	X	X				X
SÃO BENTO DO SUL	HOSPITAL E MATERNIDADE SAGRADA FAMÍLIA	X	X				X



ANEXO I

(PACIENTE LARINGECTOMIZADO TOTAL – REABILITAÇÃO FONATORIA)

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

1.1 NOME: _____

1.2 IDADE: _____

1.3 SEXO: () FEMININO () MASCULINO

1.4 CAUSA INDICADORA: () CID C32.9 () CID Z93.0

1.5 CIDADE ONDE A LARINGECTOMIA FOI REALIZADA: _____

1.6 QUAL HOSPITAL: _____

1.7 NOME DO MEDICO CIRURGIÃO: _____

1.8 DATA DA REALIZAÇÃO DA LARINGECTOMIA: ____/____/____

1.9 TELEFONE DO USUÁRIO: _____

1.10 HOSPITAL QUE SOLICITA O INSUMO:(marca Dágua ou carimbo identificando) e
Nome Legível _____

1.11. CPF DO PACIENTE: _____

2. CARACTERÍSTICAS DA ESTOMIA

2.1 TAMANHO DO ESTOMA ALT _____(MM) - LAR _____(MM)

2.2 FORMATO: () REDONDO () OVAL () OUTROS: _____

2.3 COMPLICAÇÕES DENTRO DO ESTOMA:

() ESTENOSE () GRANULOMA () IRRITAÇÃO

2.4 CIRURGIA DE RESGATE () SIM () NÃO

3. PRÓTESE TRAQUEOESOFÁGICA: () NÃO SE APLICAR PROCEDIMENTO PARA COLOCAÇÃO (Ato da laringectomia ou posteriormente)

() 07.02.09.004-2-PRÓTESE VOCAL POS-LARINGECTOMIA COM
ADAPTADORES AVULSO

3.1 PRIMEIRA COLOCAÇÃO:

() 8MM () 10MM () 12,5MM

3.2 TROCA: () VEGA

() 4MM () 6MM () 8MM () 10MM () 12,5MM () 15MM

3.3 TROCA: () VEGA XTRASEAL

() 4MM () 6MM () 8MM () 10MM () 12,5MM () 15MM

3.4 PLUGUE:

() SIM () NÃO SE APLICA

3.5 ESCOVA PARA PRÓTESE:

() SIM () NÃO SE APLICA

3.6 DISPOSITIVO DE LIMPEZA E IRRIGAÇÃO DE PRÓTESES:

() SIM () NÃO SE APLICA

4. OBSERVAÇÕES: _____

**5. LOCAL E DATA
MÉDICO**

7. ASSINATURA E CARIMBO DO

_____, ____/____/____ . _____.



ANEXO II

PACIENTE LARINGECTOMIZADO E/OU TRAQUEOSTOMIZADO REABILITAÇÃO PULMONAR E PROTEÇÃO DO ESTOMA

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

1.1 NOME: _____

1.2 IDADE: _____

1.3 SEXO: () FEMININO () MASCULINO

1.4 CAUSA INDICADORA: () CID C32.9 () CID Z93.0

1.5 CIDADE DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE: _____

1.6 ONDE A TRAQUEOSTOMIA FOI REALIZADA: (HOSPITAL)

1.7 NOME DO MÉDICO CIRURGIÃO: _____

1.8 DATA DA REALIZAÇÃO DA TRAQUEOSTOMIA E/OU LARINGECTOMIA:
___/___/_____

1.9 TELEFONE DO USUÁRIO: _____

2. CARACTERÍSTICAS DO ESTOMA = TRAQUEOSTOMA

2.1 TAMANHO: ALTURA _____ (MM) LARGURA _____ (MM)

2.2 OSTOMIA: () DEFINITIVA () TEMPORÁRIA () TEMPO PREVISTO: _____

2.3 FORMATO: () REDONDO () OVAL () OUTROS _____

2.4 COMPLICAÇÕES DENTRO DO ESTOMA: ()
ESTENOSE () GRANULOMA () IRRITAÇÃO

2.5 IRRITAÇÃO/ALERGIA NA PELE DO PESCOÇO () OUTROS () _____

3. TIPO DE EQUIPAMENTO/DISPOSITIVO

3.1 FILTRO HME

() XTRAFLOW (mais aberto) () XTRAMOIST (mais fechado)

Uso diário e ininterrupto com troca de 24/24 horas. Exceto em casos de excesso de secreção (sangramentos, tosse excessiva ou gripes) ou início de adaptação de uso que suja mais e assim terá que efetuar mais trocas ao dia nos primeiros 2 meses. Caixa com 30 unidades cada, duração 1 mês.

3.2 CÂNULA PADRÃO () NÃO SE APLICA

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 8/27 | <input type="checkbox"/> 8/36 | <input type="checkbox"/> 8/55 | <input type="checkbox"/> 9/27 |
| <input type="checkbox"/> 9/36 | <input type="checkbox"/> 9/55 | <input type="checkbox"/> 10/27 | <input type="checkbox"/> 10/36 |
| <input type="checkbox"/> 10/55 | <input type="checkbox"/> 12/27 | <input type="checkbox"/> 12/36 | <input type="checkbox"/> 12/55 |

Uso diário no pós operatório imediato para evitar estenose traqueal e o fechamento do estoma. Necessidade de 2 unidades para efetuar higiene de 1 quando utilizar o outro dispositivo. Durabilidade de 6 meses. Pode ser utilizado para realizar sessões de radioterapia com liberação e acompanhamento médico, com a retirada do filtro HME, se faz necessário a retirada diária da traqueostomia, pelo menos uma vez para higienização.

3.3 CÂNULA COM FENESTRAS () NÃO SE APLICA

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 8/36 | <input type="checkbox"/> 8/55 | <input type="checkbox"/> 9/36 | <input type="checkbox"/> 9/55 |
| <input type="checkbox"/> 10/36 | <input type="checkbox"/> 10/55 | <input type="checkbox"/> 12/36 | <input type="checkbox"/> 12/55 |

Uso diário no pós operatório imediato para evitar estenose traqueal e o fechamento do estoma. Indicado para o paciente que estiver utilizando a prótese traqueoesofágica, para garantir a passagem do ar pelas fenestras. Necessidade de 2 unidades para efetuar higiene de 1 quando utilizar o outro dispositivo. Durabilidade de 6 meses. Serve para fixação do filtro HME. Pode ser utilizado durante as sessões de radioterapia com liberação e acompanhamento médico, com a retirada do filtro HME, se faz necessário a retirada diária da traqueostomia, pelo menos uma vez para higienização.

3.4 CÂNULA TIPO BUTTON () NÃO SE APLICA

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 12/8 | <input type="checkbox"/> 14/8 | <input type="checkbox"/> 16/8 | <input type="checkbox"/> 18/8 |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|

Uso diário, pós cicatrização quando indicado para evitar estenose e o fechamento do estoma. Indicado para o paciente que estiver utilizando a prótese traqueoesofágica, para garantir a passagem do ar pela prótese traqueoesofágica. Necessidade de 2 unidades para efetuar higiene de 1 quando utilizar o outro dispositivo. Durabilidade de 6 meses. Serve para fixação do filtro HME.

3.5 ADESIVO (BASE) () NÃO SE APLICA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> OPTIDERM OVAL | <input type="checkbox"/> FLEXIDERM OVAL |
| <input type="checkbox"/> XTRABASE | <input type="checkbox"/> STABILIBASE |

Uso diário da alta total do cirurgião em relação aos pontos e cicatrização do local. Uso diário e contínuo sendo sua troca de 1 por dia em média.

3.6 PROTETOR DE BANHO:

() SIM () NÃO SE APLICA

4. OBSERVAÇÕES: _____

5. LOCAL E DATA

6. ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

_____, ____/____/____ . _____.



ANEXO III

PACIENTE LARINGECTOMIZADO E/OU TRAQUEOSTOMIZADO FICHA DE ALTERAÇÃO DE INSUMOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

1.1 NOME: _____

1.2 IDADE: _____

1.3 SEXO: () FEMININO () MASCULINO

1.4 CAUSA INDICADORA: () CID 32.9 () CID Z93.0

1.5 CIDADE DE RESIDÊNCIA: _____

1.6 CPF DO PACIENTE: _____

2. CARACTERÍSTICAS DO ESTOMA = TRAQUEOSTOMA

2.1 TAMANHO: ALTURA _____ (MM) LARGURA _____ (MM)

2.2 OSTOMIA: () DEFINITIVA () TEMPORÁRIA () TEMPO PREVISTO: _____

2.3 FORMATO: () REDONDO () OVAL () OUTROS _____

2.4 COMPLICAÇÕES DENTRO DO ESTOMA: ()
ESTENOSE () GRANULOMA () IRRITAÇÃO

2.5 IRRITAÇÃO/ALERGIA NA PELE DO PESCOÇO () OUTROS () _____

3. DADOS RELATIVOS AO MATERIAL EM USO (Assinalar materiais em uso)

3.1 FILTRO HME:

() XTRAFLOW () XTRAMOIST

3.2 CÂNULA PADRÃO: () NÃO SE APLICA

() 8/27 () 8/36 () 8/55

() 9/27 () 9/36 () 9/55

() 10/27 () 10/36 () 10/55

() 12/27 () 12/36 () 12/55

3.3 CÂNULA COM FENESTRAS: () NÃO SE APLICA

8/36 8/55

9/36 9/55

10/36 10/55

12/36 12/55

3.4 CÂNULA CURTA TIPO BUTTON

12/8 14/8 16/8 18/8

3.5 ADESIVO (BASE): NÃO SE APLICA

OPTIDERM OVAL FLEXIDERM OVAL

XTRABASE STABILIBASE

4. JUSTIFICATIVA DA ALTERAÇÃO

—
—
—
—
—
—
—
—
—
—

5. ALTERAÇÃO (Listar materiais a serem utilizados)

5.1 FILTRO HME

XTRAFLOW XTRAMOIST

5.2 CÂNULA PADRÃO – NÃO SE APLICA

8/27 8/36 8/55-REF.7603

9/27 9/36 9/55-REF.7607

10/27 10/36 10/55-REF.7611

12/27 12/36 12/55-REF.7615

5.3 CÂNULA COM FENESTRAS – NÃO SE APLICA

8/36 8/55-REF.7638

9/36 9/55-REF.7641

10/36 10/55-REF.7644

12/36 12/55-REF.7647

5.4 CÂNULA CURTA TIPO BUTTON

12/8 14/8 16/8 18/8

5.5 ADESIVO (BASE) – NÃO SE APLICA

OPTIDERM OVAL FLEXIDERM OVAL

XTRABASE STABILIBASE

6. OBSERVAÇÕES: _____

7. LOCAL E DATA

8. ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

_____, ____/____/____ . _____.



ANEXO IV

Lista atualizada dos Hospitais de referência

CIDADE	NOME FANTASIA	HABILITAÇÃO (CÓDIGO DE CLASSIFICAÇÃO)
BLUMENAU	HOSPITAL SANTA ISABEL	1707
BLUMENAU	HOSPITAL SANTO ANTONIO	1706, 1707, 1708 E 1709
CHAPECO	HOSPITAL REGIONAL DO OESTE	1707, 1708, 1717
CRICIUMA	HOSPITAL SAO JOSE	1707, 1708
FLORIANOPOLIS	HOSPITAL UNIVERSITARIO	1708
FLORIANOPOLIS	CEPON	1715
FLORIANOPOLIS	IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE	
FLORIANOPOLIS	MATERNIDADE CARMELA DUTRA	
FLORIANOPOLIS	HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS	1714
ITAJAI	HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN	1706
JARAGUA DO SUL	HOSPITAL SAO JOSE	1707
JOACABA	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA TEREZINHA	1706, 1717
JOINVILLE	HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOSE	1712
JOINVILLE	HOSPITAL INFANTIL JESSER AMARANTE	
LAGES	HOSPITAL GERAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS	1706, 1707
PORTO UNIAO	HOSPITAL DE CARIDADE SAO BRAZ	1706
TUBARAO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	1706
SÃO BENTO DO SUL	HOSPITAL E MATERNIDADE SAGRADA FAMÍLIA	1706
RIO DO SUL	HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE	1706



ANEXO V

HOSPITAIS APTOS A PRESCREVER LARINGE ELETRÔNICA CONFORME TABELA SIGTAP, SERVIÇO DE CLASSIFICAÇÃO

Indicadores Habilitações Habilitações - 1706- UNACON SANTA CATARINA

UF	CNES	Estabelecimento	Competência Inicial	Competência Final	Leitos SUS	CNPJ Própria	CNPJ Mantenedora	Município
SC	2522691	HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN	04/2008	----		60194990002200	60194990000178	ITAJAI
SC	2521792	HOSPITAL E MATERNIDADE SAGRADA FAMÍLIA	05/2018	----		01630921000281		SAO BENTO DO SUL
SC	2504332	HOSPITAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS	10/2009	----		82951245002617	82951245000189	LAGES
SC	2491710	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	09/2007	----		60922168005307		TUBARAO
SC	2568713	HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE	05/2018	----		73433427000157		RIO DO SUL
SC	2558254	HOSPITAL SANTO ANTONIO	11/2009	----		82654088000120		BLUMENAU
SC	2543044	HOSPITAL SAO BRAZ	09/2007	----		60975737009531		PORTO UNIAO
SC	2560771	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA TEREZINHA	09/2007	----		84592369000988	84592369000120	JOACABA
Total de Leitos								0
Total de Estabelecimentos								8

Indicadores Habilitações Habilitações - 1707- UNACON COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA SANTA CATARINA

UF	CNES	Estabelecimento	Competência Inicial	Competência Final	Leitos SUS	CNPJ Própria	CNPJ Mantenedora	Município
SC	2504332	HOSPITAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS	12/2016	----		82951245002617	82951245000189	LAGES
SC	2537788	HOSPITAL REGIONAL DO OESTE	09/2007	----		02122913000106		CHAPECO
SC	2558246	HOSPITAL SANTA ISABEL	10/2008	----		60922168005226		BLUMENAU
SC	2558254	HOSPITAL SANTO ANTONIO	08/2021	----		82654088000120		BLUMENAU
SC	2306336	HOSPITAL SAO JOSE	10/2009	----		12846027000189		JARAGUA DO SUL
SC	2758164	HOSPITAL SAO JOSE	09/2007	----		92736040000890	92736040000114	CRICUMA
Total de Leitos								0
Total de Estabelecimentos								6

Indicadores Habilitações
Habilitações - 1708- UNACON COM SERVIÇO DE HEMATOLOGIA
SANTA CATARINA

UF	CNES	Estabelecimento	Competência Inicial	Competência Final	Leitos SUS	CNPJ Própria	CNPJ Mantenedora	Município
SC	2537788	HOSPITAL REGIONAL DO OESTE	09/2007	----		02122913000106		CHAPECO
SC	2558254	HOSPITAL SANTO ANTONIO	08/2021	----		82654088000120		BLUMENAU
SC	2758164	HOSPITAL SAO JOSE	09/2007	----		92736040000690	92736040000114	CRICIUMA
SC	0157245	HOSPITAL UNIV PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SAO THIAGO	09/2007	----		15126437003401		FLORIANOPOLIS
Total de Leitos								0
Total de Estabelecimentos								4

Indicadores Habilitações
Habilitações - 1709- UNACON COM SERVIÇO DE ONCOLOGIA PEDIATRICA
SANTA CATARINA

UF	CNES	Estabelecimento	Competência Inicial	Competência Final	Leitos SUS	CNPJ Própria	CNPJ Mantenedora	Município
SC	2558254	HOSPITAL SANTO ANTONIO	08/2021	----		82654088000120		BLUMENAU
Total de Leitos								0
Total de Estabelecimentos								1

Indicadores Habilitações
Habilitações - 1712- CACON
SANTA CATARINA

UF	CNES	Estabelecimento	Competência Inicial	Competência Final	Leitos SUS	CNPJ Própria	CNPJ Mantenedora	Município
SC	2416489	HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOSE	03/2007	----		84703248000109		JORNILLE
Total de Leitos								0
Total de Estabelecimentos								1



ANEXO VI
DESCRIPTIVO DETALHADO

CÓDIGO	DESCRIPTIVO
123960001	Laringe eletrônica: Kit composto com 01 eletrolaringe, 02 Pilhas AA 1,25V – recarregáveis ou bateria recarregável, 01 fonte de alimentação USB, 01 cabo USB, 01 adaptador oral e 02 tubos orais. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade mínima 06 anos da data da entrega. Embalagem individual. Deve fornecer mínimo de 02 anos de garantia técnica e de componentes.
123960002	Prótese Fonatória - Válvula de fala Descrição: Kit composto de 01 protetor de faringe confeccionado em termoplástico transparente, 01 agulha de punção de aço inoxidável cirúrgico, 01 fio-guia de plástico fluorado pré-colorido e 01 dilatador de punção de plástico com equipamento fixador também de plástico com 01 prótese fonatória, pré-posicionada, de silicone de grau médico e anel radiopaco com válvula de silicone de abertura unidirecional. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade mínima: 03 anos da data da entrega. Embalagem individual. 0702090042.
123960003	Prótese Fonatória - Válvula de fala Descrição: Kit composto de 01 prótese fonatória de silicone de grau médico e anel radiopaco com válvula de silicone de abertura unidirecional e 01 introdutor feito de plástico. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade mínima: 03 anos da data da entrega . Embalagem individual. 0702090042
123960004	Plugue 22,5 FR - Kit composto por: um (01) Plugue e uma (01) escova. Um (01) PLUG: dispositivo confeccionado em silicone, diâmetro 6,4mm, comprimento 83mm, adaptador para prótese fonatória 22,5FR Uma (01) Escova: cabeça da escova em aço inoxidável e poliamida, comprimento da cabeça da escova de 22mm/ cabo em polipropileno com corante azul masterbach, comprimento total da escova 177mm. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade. Embalagem contendo um (01) Kit.
123960005	Dispositivo de limpeza das próteses fonatórias - Dispositivo composto por tubo de lavagem confeccionado em propileno, medindo aproximadamente 111mm de comprimento e bexiga de lavagem confeccionada em silicone, medindo aproximadamente 35 mm de comprimento, comprimento total de aproximadamente 157 mm. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência,

	validade. Embalagem individual.
123960006	Escova de Limpeza das próteses fonatórias - Escova para procedimentos invasivos, escova não estéril com cerdas flexíveis e especialmente desenhada para limpeza de prótese fonatória; fabricada em aço inox e envolta em pvc; possui um delimitador e um protetor na ponta para impedir um aprofundamento maior da escova durante a limpeza da prótese fonatória; disponível em dois tamanhos: normal e xl; Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade. Embalagem individual.
123960007	Kit de traqueostomia - Cânula de traqueostomia em silicone com ou sem janelas. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade mínima de 02 anos da data da entrega. Embalagem individual.
123960008	Cânula de traqueostomia - Cânula curta de traqueostomia tipo button de silicone. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade mínima de 02 anos da data da entrega. Embalagem individual.
123960009	Protetor de estoma para banho - Colar cervical protetor de traqueostomia, disponível nos tamanhos P, M e G. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade. Embalagem individual.
123960010	Adesivo para traqueostomia - não estéril, possui uma parte adesiva hipoalergênica, revestimento destacável e adaptador onde os dispositivos permutadores de calor e umidade possam ser conectados. Caixa com 20 unidades. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade.
123960011	Filtro p/ prótese voz de traqueostomia - Permutador de calor umidade, não estéril, possui esponja de espuma impregnada com cloreto de cálcio dentro de estrutura plástica. a estrutura possui tampa superior que pode ser pressionada com o dedo durante a fala. Embalados em plástico transparente e selado dentro de caixas também seladas. Caixa com 30 unidades. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade.



ANEXO VII

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELA GUARDA E USO DE EQUIPAMENTO

Recebi da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES), CNPJ nº 80.673.411/0001-87, através do Centro de Custos: _____, ____ próteses fonatórias, para uso exclusivo do paciente: _____, conforme estabelecido na Deliberação 202/CIB/2019, comprometendo-me a mantê-los em perfeito estado de conservação, ficando ciente de que:

- 1) Se o equipamento for danificado, extraviado ou inutilizado por emprego inadequado, mau uso, negligência ou extravio, o Hospital: _____ fornecerá novo equipamento da mesma marca, modelo e tamanho em substituição ao mesmo;
- 2) Findo o prazo da realização da cirurgia e definido o modelo utilizado, o modelo a ser devolvido deverá estar em embalagem original estéril, intacta, sem nenhuma identificação do hospital, sem rasura. O material deverá ser devolvido à SES, através do Centro de Custo onde foi retirado, no prazo de até 07 (sete) dias úteis. Junto ao material, deverá ser encaminhada cópia do termo de recebimento da prótese utilizada pelo paciente: _____, assinada pelo mesmo ou responsável legal.
- 3) A não devolução implicará em ressarcimento à SES (de material idêntico ao fornecido) pelo referido Hospital e na interrupção de fornecimento de novos insumos para Reabilitação Fonatória até que seja feita a reposição do item.

4) Insumos fornecidos:

Quantidade: _____

Marca: _____

Código SES: _____

Modelo (tamanhos): _____

Lotes: _____

Validade: _____

_____, _____ de _____, 20____

Hospital: _____

Nome: _____

CPF: _____ Cargo: _____

Assinatura: _____



ANEXO IX

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE INSUMOS (PRÓTESE FONATÓRIA)

Nome: _____, CPF: _____, declaro e confirmo a devolução do material abaixo descrito, fornecido pela Secretaria de Estado da Saúde (SES), ao Centro de Custos: _____.

Tipo de Material: _____

Código SES: _____ Lote: _____ Modelo (Tamanho): _____

Validade: _____

_____, _____ de _____ de 20 _____

Hospital: _____

Assinatura: _____

Centro de Custos _____

Nome do Servidor: _____ CPF: _____

Assinatura: _____



ANEXO IX

TERMO DE RECEBIMENTO DE INSUMOS

Nome: _____, CPF: _____,

declaro e confirmo o recebimento de Insumos para Reabilitação: () Fonatória () Pulmonar, pelo

Hospital: _____, através da Secretaria de

Estado da Saúde, pelo Centro de Custo: _____.

Insumos recebidos:

Prótese Fonatória ()	Laringe Eletrônica ()	Kit(Cânula, filtro e adesivo) ()
Marca:	Marca:	Marca:
Modelo:	Modelo:	Modelo:
Lote:	Lote:	Lote:
Validade:	Validade:	Validade:

Por ser expressão da verdade, assino a presente declaração.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Data e Local, _____, _____ de _____ de 20__



ANEXO X

(PACIENTE LARINGECTOMIZADO TOTAL – REABILITAÇÃO FONATORIA)

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

1.1 NOME: _____

1.2 IDADE: _____

1.3 SEXO: () FEMININO () MASCULINO

1.4 CAUSA INDICADORA: CID: () C32.0 () C32.1 () C32.2 () 32.8 () 32.9

1.5 CIDADE ONDE A LARINGECTOMIA FOI REALIZADA: _____

1.6 QUAL HOSPITAL: _____

1.7 NOME DO MEDICO CIRURGIÃO: _____

1.8 DATA DA REALIZAÇÃO DA LARINGECTOMIA: ____/____/____

1.9 TELEFONE DO USUÁRIO: _____

1.10 HOSPITAL QUE SOLICITA O INSUMO (Marca Dágua ou carimbo de identificação e nome legível): _____

1.11 CPF paciente: _____

2. Indicação de Laringe Eletrônica, justificativa:

3. OBSERVAÇÕES:

4. LOCAL E DATA

5. ASSINATURA E CARIMBO

_____, ____/____/____ . _____.



ANEXO XI

Lista dos Serviços, conforme a classificação Tabela SIGTAP e a Gestão

CIDADE	NOME FANTASIA	Pode lançar Procedimento Produção	HABILITAÇÃO UNACON/CACON		GESTÃO/CONTRATO		
			SIM	NÃO	Próprio SES	Contrato SES ou OS, gestão Estadual	Gestão Municipal, outros identificar
BLUMENAU	HOSPITAL SANTA ISABEL	X	X				X
BLUMENAU	HOSPITAL SANTO ANTONIO	X	X				X
CHAPECO	HOSPITAL REGIONAL DO OESTE	X	X				X
CRICIUMA	HOSPITAL SAO JOSE	X	X				X
FLORIANOPOLIS	HOSPITAL UNIVERSITARIO	X	X			X	
FLORIANOPOLIS	CEPON			X		X	
FLORIANOPOLIS	IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE			X			X
FLORIANOPOLIS	MATERNIDA DE CARMELA DUTRA			X	X		
FLORIANOPOLIS	HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS			X	X		
ITAJAI	HOSPITAL E MATERNIDA DE MARIETA KONDER BORNHAUSEN	X	X				X
JARAGUA DO SUL	HOSPITAL SAO JOSE	X	X				X
JOACABA	HOSPITAL UNIVERSITA	X	X			X	

	RIO SANTA TEREZINHA						
JOINVILLE	HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOSE	X	X				X
JOINVILLE	HOSPITAL INFANTIL JESSER AMARANTE			X			X
LAGES	HOSPITAL GERAL E MATERNIDA DE TEREZA RAMOS	X	X		X		X
PORTO UNIAO	HOSPITAL DE CARIDADE SAO BRAZ	X	X			X	
TUBARAO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	X	X			X	
RIO DO SUL	HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE	X	X				X
SÃO BENTO DO SUL	HOSPITAL E MATERNIDA DE SAGRADA FAMÍLIA	X	X				X