

# Diretrizes para a Atenção à Saúde das Pessoas com Estomia Respiratória no Estado de Santa Catarina

FLORIANÓPOLIS, OUTUBRO DE 2023.

**GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Jorginho Mello

**SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE**

Carmen Emília Bonfá Zanotto

**SECRETÁRIO ADJUNTO DE SAÚDE**

Diogo Demarchi Silva

**SUPERINTENDENTE DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO**

Claudia Ribeiro de Araujo Gonsalves

**COORDENADORA DA ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Jaqueline Reginatto

**EQUIPE TÉCNICA**

Adriana Regina Amorim

Jaqueline Reginatto

Josiela Cristina Franzon

Sabrina Vieira da Luz

Tatiani Delfis da Cruz da Maia

Elaboração e informações:

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA  
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO  
ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS  
PESSOAS COM ESTOMIAS

Rua Esteves Júnior, 390 – Centro – CEP: 88.015-130 – Florianópolis – SC Fone: (48) 3664-9958

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

# SUMÁRIO

|                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| GLOSSÁRIO .....                                                                                       | 5  |
| APRESENTAÇÃO .....                                                                                    | 6  |
| 1 INTRODUÇÃO.....                                                                                     | 7  |
| 2 OBJETIVOS .....                                                                                     | 9  |
| 2.1 OBJETIVO GERAL .....                                                                              | 9  |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                                                                       | 9  |
| 3 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL .....                                                                           | 10 |
| Portaria Consolidada Nº 3/2017 .....                                                                  | 11 |
| Deliberação 202/CIB/2019 .....                                                                        | 11 |
| Portaria de consolidação nº 1, de 22 de fevereiro de 2022 .....                                       | 11 |
| Decreto nº 11.063, de 4 de maio de 2022 .....                                                         | 11 |
| Deliberação 50/CIB/2022 .....                                                                         | 11 |
| 4 POPULAÇÃO ALVO .....                                                                                | 14 |
| 5 SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM ESTOMIA RESPIRATÓRIA.....                                | 15 |
| 5.1 REABILITAÇÃO PULMONAR E FONATÓRIA PARA PACIENTES<br>LARINGECTOMIZADOS E/OU TRAQUEOSTOMIZADOS..... | 15 |
| 5.2 INSUMOS PADRONIZADOS .....                                                                        | 16 |
| 5.3 CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO DO USUÁRIO NO SERVIÇO .....                                               | 18 |
| 5.3.1 Reabilitação Fonatória.....                                                                     | 18 |
| 5.3.2 Reabilitação pulmonar.....                                                                      | 18 |
| 5.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DO USUÁRIO NO SERVIÇO .....                                                 | 19 |
| 6 FLUXO DO SERVIÇO.....                                                                               | 20 |
| 6.1 DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O PROCESSO .....                                                      | 20 |

|                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 6.2 ENCAMINHAMENTO DOS INSUMOS .....                                                 | 21 |
| 6.2.1 Encaminhamento dos insumos para a Reabilitação Fonatória.....                  | 21 |
| 6.2.2 Encaminhamento dos insumos para a Reabilitação Pulmonar .....                  | 25 |
| 7 ATRIBUIÇÕES DE CADA PONTO DE ATENÇÃO .....                                         | 26 |
| 7.1 SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE.....                                                | 26 |
| 7.2 GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE.....                                                  | 27 |
| 7.3 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE .....                                              | 28 |
| 7.4 REDE HOSPITALAR.....                                                             | 29 |
| 7.5 USUÁRIO OU RESPONSÁVEL.....                                                      | 29 |
| 8 RECURSOS FINANCEIROS .....                                                         | 31 |
| 9 CONFIGURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM ESTOMIA RESPIRATÓRIA ..... | 32 |
| 10 DISPOSIÇÕES GERAIS .....                                                          | 33 |
| 11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                                                  | 34 |
| 12 ANEXOS.....                                                                       | 37 |

## GLOSSÁRIO

**Pessoa Estomizada** – Pessoa com estomia é aquela que, em decorrência de um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização do sistema (digestório, respiratório e urinário), possui uma abertura artificial entre os órgãos internos com o meio externo (BRASIL, 2009).

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

**Estomaterapia** – É a área da saúde que busca prevenir a perda da integridade da pele, voltada para a assistência e cuidados de pessoas com estomias, feridas (agudas e crônicas), fístulas, drenos, cateteres e incontinências (anal e urinária).

**Traqueostomia** – É o procedimento cirúrgico que consiste na abertura da parede anterior da traqueia, comunicando-a com o meio externo por meio de uma cânula, possibilitando a permeabilidade da via aérea.

**Laringectomia** – A laringectomia é uma cirurgia para que seja removida totalmente ou parte da laringe.

**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.

**Prótese fonatória** – Uma prótese fonatória é um de silicone para uso médico e anel radiopaco com válvula e silicone de abertura unidirecional e um introdutor feito de plástico.

**Filtro HME** – permutador de calor e umidade desenvolvido para filtrar a poeira e outras partículas grandes do ar, facilitando a respiração e proteção do pulmão.

# APRESENTAÇÃO

O Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias em Santa Catarina, a partir de 2019, passou a prestar assistência especializada às pessoas com estomias respiratórias, com o objetivo de reabilitar e prevenir as complicações nas estomias, para melhoria da qualidade de vida destes usuários.

Importante destacar que o Serviço de Atenção às Pessoas com Estomias em Santa Catarina, estabeleceu a reabilitação das estomias respiratórias para aos usuários a partir de 14 anos, 11 meses e 29 dias, que realizaram traqueostomia e/ou laringectomia.

A Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina, ao atualizar as Diretrizes de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomia Respiratória na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina, visa a melhoria da qualidade da linha de cuidados, propiciando avanços na reabilitação dos usuários, em consonância com os serviços de saúde.

# 1 INTRODUÇÃO

A terminologia estomia respiratória refere-se a um procedimento cirúrgico que consiste na abertura artificial, sendo a mais comum a traqueostomia, que permite a comunicação direta da traqueia com o meio externo (BRASIL, 2021).

A indicação mais crítica para uma traqueostomia é a obstrução das vias aéreas causadas por câncer, em especial o de laringe, traumatismo grave, edema cervical inflamatório e anomalias congênitas. Em pacientes com necessidade de suporte ventilatório prolongado, a traqueostomia é realizada para conforto e prevenção de lesões orais e laríngeas (Rocha, Lenine e Ferraz, 1999). É um procedimento comum em oncologia de cabeça e pescoço, e este procedimento gera mudanças na rotina do paciente, tanto em relação a respiração, comunicação, alimentação e cuidados pessoais.

Dentre os tipos de câncer, os de cabeça e pescoço compreendem uma grande variedade de neoplasias malignas, que acometem o trato aerodigestivo superior. Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de laringe é o segundo mais incidente na região da cabeça e pescoço no Brasil, sendo responsável por 25% dos tumores malignos da região, representando uma alta incidência da doença (INCA, 2022).

A estimativa de casos novos de câncer de laringe para o Brasil para o triênio 2023 a 2025, segundo o INCA, é de 7.790 casos. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de laringe ocupa a 18ª posição entre os tipos de câncer mais frequentes. E a estimativa para Santa Catarina para 2023 é de 390 casos novos de câncer de laringe (INCA, 2022).

O tratamento de escolha para a maioria dos casos diagnosticados com câncer de laringe é a cirurgia, ocasionalmente associado à radioterapia e quimioterapia adjuvante. Dependendo do local da lesão e da extensão tumoral, opta-se pela realização da laringectomia total, que consiste em um procedimento cirúrgico de retirada da laringe, impactando na fala, respiração e deglutição

As Diretrizes de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomia Respiratória devem se firmar, a partir da compreensão das necessidades advindas do viver nestas condições, a perspectiva da reinserção social e a garantia de políticas públicas que favoreçam o atendimento seguro e de excelência.

A dificuldade na comunicação oral, por meio da voz laríngea é uma das consequências mais temidas pelos pacientes. Na reabilitação do laringectomizado, além de um dos objetivos mais almejados (Cabral et al., 2017), a comunicação oral é reconhecida como um aspecto relevante e prioritário no cuidado dirigido ao paciente (Barbosa et al., 2004). Diante disso, 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.

Além da perda da voz, o paciente laringectomizado também é afetado pelas dificuldades respiratórias, com reflexo direto na qualidade de vida. Após a laringectomia total o paciente não inspira e expira o ar pelas vias aéreas superiores, mas diretamente pela traqueia. Como consequência, podem ocorrer excessiva produção de secreção, tosse, expectoração forçada e capacidade pulmonar reduzida.

Desta forma, o cuidado com as pessoas com estomia respiratória está amparado por programas de saúde, de referência e contrarreferência, por meio de uma rede de serviços integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção, conforme a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017 (origem Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012), que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS (BRASIL, 2017).

O atendimento às pessoas com estomia respiratória é viabilizado pela Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, por meio do Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015 (BRASIL, 2015), e Decreto nº 11.063 de 4 de maio de 2022, que considera a pessoa com estomia como pessoa com deficiência física (BRASIL, 2022a).

A partir da Política Nacional, se faz necessária a organização e constantes atualizações das Diretrizes Estaduais que norteiem a atenção à Saúde das Pessoas com Estomia Respiratória no Estado de Santa Catarina, garantindo a Atenção integral desta parcela da população.



## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Estabelecer a política de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomia Respiratória na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina, conforme legislação vigente, contribuindo para melhoria da qualidade de vida, sua integração social, ampliação de suas potencialidades laborais e independência nas atividades da vida diária por meio de sua reabilitação clínico funcional.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Garantir o acesso aos cuidados para a reabilitação das Pessoas com Estomia Respiratória na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina, a partir de um cadastro pré-definido;
- Definir os critérios para autorização, padronização e fornecimento de insumos para das Pessoas com Estomia Respiratória na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina;
- Consolidar a Política de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomia Respiratória na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina;
- Definir as atribuições técnico-administrativas em cada ponto de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomia Respiratória e dos entes federados;
- Orientar e subsidiar a capacitação de equipe de saúde de acordo com a demanda e necessidades específicas de cada nível de atenção;
- Uniformizar conceitos e processos entre as ações hospitalares e ambulatoriais.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

As legislações publicadas no âmbito Federal, Estadual e as Deliberações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) estão elencadas a seguir:

| Legislação/Norma      | Ementa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Situação                      |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Portaria Nº 116/1993  | Inclui no sistema de informações ambulatoriais do sistema único de saúde-sia-sus a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia constantes do anexo único. (ementa elaborada pela cdi/ms).                                                                                                                      | Revogada                      |
| Portaria Nº 146/1993  | Estabelece diretrizes gerais para a concessão de próteses e órteses através da assistência ambulatorial. (ementa elaborada pela cdi/ms).                                                                                                                                                                                                  | Revogada                      |
| Decreto Nº 3.298/1999 | Regulamenta a lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a política nacional para integração da pessoa portadora de deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências                                                                                                                                      | Não consta revogação expressa |
| Decreto Nº 5296/2004  | Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 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. | Não consta revogação expressa |
| Portaria Nº 400/2009  | Estabelece diretrizes nacionais para a atenção à saúde das pessoas ostomizadas no âmbito do sistema único de saúde - sus, a serem                                                                                                                                                                                                         | Vigente                       |

|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                              |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                                                           | observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.                                                                                                                                               |                                                              |
| Deliberação 493/CIB/2010                                  | A constituição da Rede de Serviços aos Ostomizados de Santa Catarina e os critérios para habilitação dos serviços, conforme detalhamento abaixo.                                                                                                 | Vigente                                                      |
| Portaria Nº 793/2012                                      | Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.                                                                                                                                                        | Revogada                                                     |
| Portaria Nº 835/2012                                      | 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.                                                           | Revogada                                                     |
| Portaria Consolidada Nº 3/2017                            | Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.                                                                                                                                                                                | Vigente                                                      |
| Deliberação 202/CIB/2019                                  | As Diretrizes Para Atenção à Saúde das Pessoas Laringectomizadas e/ou Traqueostomizadas do Estado de Santa Catarina,                                                                                                                             | Revogada (Retificada em 22/03/2022)                          |
| Portaria de consolidação nº 1, de 22 de fevereiro de 2022 | Consolidação das normas sobre atenção especializada à saúde.                                                                                                                                                                                     | Vigente                                                      |
| Decreto nº 11.063, de 4 de maio de 2022                   | Estabelece os critérios e os requisitos para a avaliação de pessoas com deficiência ou pessoas com transtorno do espectro autista para fins de concessão de isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI na aquisição de automóveis. | Vigente                                                      |
| Deliberação 50/CIB/2022                                   | As Diretrizes Para Atenção à Saúde das Pessoas Laringectomizadas e/ou Traqueostomizadas do Estado de Santa Catarina,                                                                                                                             | Vigente<br>Obs.: Será revogada após aprovação desta revisão. |

A Portaria Nº 116/93 e Nº 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, passou a estabelecer 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).

A partir do Decreto Nº 5.296 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).

A 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).

A 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).

A Portaria Consolidada Nº 3, no Anexo VI, estabelece a “Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 1º).

A Deliberação CIB Nº 202 de 2019, aprovou as “Diretrizes para a Atenção à Saúde das Pessoas Laringectomizadas e/ou Traqueostomizadas do Estado de Santa Catarina, quanto aos anexos e fluxos” e foi retificada em 2022, com a aprovação da Deliberação CIB 50/2022, quanto a revisão das Diretrizes e ao lançamento da laringe eletrônica (SANTA CATARINA, 2022).

## **4 POPULAÇÃO ALVO**

Adultos traqueostomizados e/ou laringectomizados, 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.

## **5 SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM ESTOMIA RESPIRATÓRIA**

O Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomia Respiratória faz parte do Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias, na Área técnica da Saúde das Pessoas com Deficiência e compõe a Rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência em Santa Catarina, conforme pactuações regionais aprovadas em CIR e CIB.

O Serviço abrange ações em diferentes pontos de atenção garantindo a atenção integral à saúde, proporcionando a continuidade em atenção à saúde e reabilitação dos usuários através da concessão de insumos para reabilitação pulmonar e fonatória.

### **5.1 REABILITAÇÃO PULMONAR E FONATÓRIA PARA PACIENTES LARINGECTOMIZADOS E/OU TRAQUEOSTOMIZADOS**

A laringe é um dos órgãos localizado na região anterior do pescoço, fundamental na fala, respiração e deglutição. Quanto aos pacientes com diagnósticos de tumores, quando laringectomizados, estes necessitam se adaptar a uma nova condição anatômica e as mudanças fisiológicas.

As repercussões após uma laringectomia total, causam grande impacto, pois afetam a autoimagem e modificam a anatomia funcional, incidindo diretamente na respiração, alimentação e comunicação. Em relação a respiração, o paciente deixa de inspirar e expirar o ar pelas vias aéreas superiores e passa a fazê-los através da traqueia, deixando de ser realizadas as condições de aquecimento, umidificação e filtragem do ar. Como consequências, a entrada de ar frio, micro-organismos e poeira aumentam os problemas respiratórios e infecções broncopulmonares (Araujo, Santos e Pernambuco, 2017).

Das alterações decorrentes da laringectomia total, a perda da voz laríngea é definitiva, podendo acarretar alterações significativas na vida do paciente. Para estes indivíduos, a reabilitação fonatória integral é fundamental para que possam retornar ao convívio social e profissional de modo satisfatório e, para tal é preciso determinar qual o método de reabilitação adequado.

## 5.2 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 - 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. |
| 123960003 | Prótese Fonatória - 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.                                                                                                                                                                                                                                        |
| 123960004 | Plugue 22,5 Fr - Kit composto por: 01 Plugue e 01 escova. Plugue confeccionado em silicone, diâmetro 6,4 mm, comprimento 83 mm, adaptador para prótese fonatória 22,5FR Uma (01) Escova: cabeça da escova em aço inoxidável e poliamida, comprimento da cabeça da escova de 22 mm/ cabo em polipropileno com corante azul masterbach,                                                                                                                                                                                                                               |



|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | comprimento total da escova 177 mm. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade. Embalagem contendo 1 kit.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 123960005 | Dispositivo de limpeza das próteses fonatórias - Dispositivo composto por tubo de lavagem confeccionado em propileno, medindo aproximadamente 111 mm 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.                                  |
| 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. |

### 5.3 CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO DO USUÁRIO NO SERVIÇO

São critérios para a inclusão do usuário no Serviço de Atenção à Saúde das Pessoa com Estomia Respiratória para a reabilitação fonatória e pulmonar.

#### 5.3.1 Reabilitação Fonatória

- Indivíduo adulto laringectomizado total;
- Usuário em atendimento/acompanhamento em serviço hospitalar de referência (Anexo IV);
- Laudo médico devidamente preenchido, com carimbo e assinatura do profissional solicitante (Anexo I); e/ou
- Para solicitação de laringe eletrônica, o formulário padronizado preenchido (Anexo X), com carimbo e assinatura do profissional solicitante.

Para a requisição da laringe eletrônica, os profissionais solicitantes, conforme tabela SIGTAP, são: Médico oncologista clínico, médico cirurgião de cabeça e pescoço, médico otorrinolaringologista, médico cancerologista cirúrgico, fonoaudiólogo.

#### 5.3.2 Reabilitação pulmonar

- Indivíduos adultos traqueostomizados e/ou laringectomizados;
- Indivíduos com traqueostomia temporária ou permanente, com indicação dos insumos, conforme justificativa técnica;
- Usuário em acompanhamento/reabilitação médica, fonoaudiológica, fisioterápica ou de enfermagem em serviço de referência ou na Rede básica de saúde;

- Formulário padronizado (Anexo II) devidamente preenchido por profissional médico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta ou enfermeiro, com carimbo, nome e assinatura legíveis do profissional.

No caso de alteração dos insumos, o profissional deverá preencher o formulário padronizado de alteração dos insumos (Anexo III).

## 5.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DO USUÁRIO NO SERVIÇO

A exclusão do usuário do Serviço de Atenção à Saúde das Pessoa com Estomia Respiratória poderá ocorrer nas seguintes situações:

- **Óbito**
- **Alta:**
  - por decanulação (uso temporário);
  - por desligamento voluntário por parte da pessoa;
  - transferência do domicílio para outro Estado;
  - transferência para plano de saúde privado;
  - abandono, quando o usuário não comparece ao serviço por três meses consecutivos.

## 6 FLUXO DO SERVIÇO

O fluxo do Serviço de Atenção à Saúde das Pessoa com Estomia Respiratória pode ocorrer de duas formas, para reabilitação fonatória e para a reabilitação pulmonar, dependendo da necessidade do usuário.

### 6.1 DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O PROCESSO

Para o usuário ingressar no Serviço para a **reabilitação fonatória**, deverá ser encaminhado por profissional do serviço hospitalar de referência (Anexo xxx), com o formulário padronizado (Anexo I ou X) devidamente preenchido, além dos documentos: cópia da carteira de identidade, CPF, comprovante de residência e cartão nacional de saúde (CNS).

Para o usuário ingressar no Serviço para a **reabilitação pulmonar**, deverá ser encaminhado por profissional do serviço de referência ou da rede básica de saúde, com o formulário padronizado (Anexo II) devidamente preenchido, além dos documentos: cópia da carteira de identidade, CPF, comprovante de residência e CNS.

Para usuários que já estejam cadastrados no Serviço e que o profissional do serviço de referência ou da rede básica de saúde indicar alteração de insumos, deverá ser preenchido o formulário padronizado (Anexo III) e providenciar a documentação apenas se houver necessidade de atualização do cadastro.

Para realizar o cadastramento o usuário ou o responsável, deverá apresentar a seguinte documentação junto à Secretaria Municipal de Saúde de seu município de residência:

1) Formulário padronizado original (ANEXO I, II e/ou III), 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: Carteira de identidade; CPF, Comprovante de Residência e CNS.

## 6.2 ENCAMINHAMENTO DOS INSUMOS

A Secretaria Municipal de Saúde encaminhará o processo do paciente para a Gerência Regional de Saúde (GERSA), que fará a conferência da documentação. A GERSA enviará o processo para o Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias por meio do SGPe.

O processo será analisado e, sendo deferido, o envio dos insumos será conforme a aprovação da regulação do Serviço. Nos casos de indeferimento, o processo será devolvido à Regional de Saúde, que encaminhará à Secretaria Municipal de Saúde para esclarecimentos ou adequação do processo.

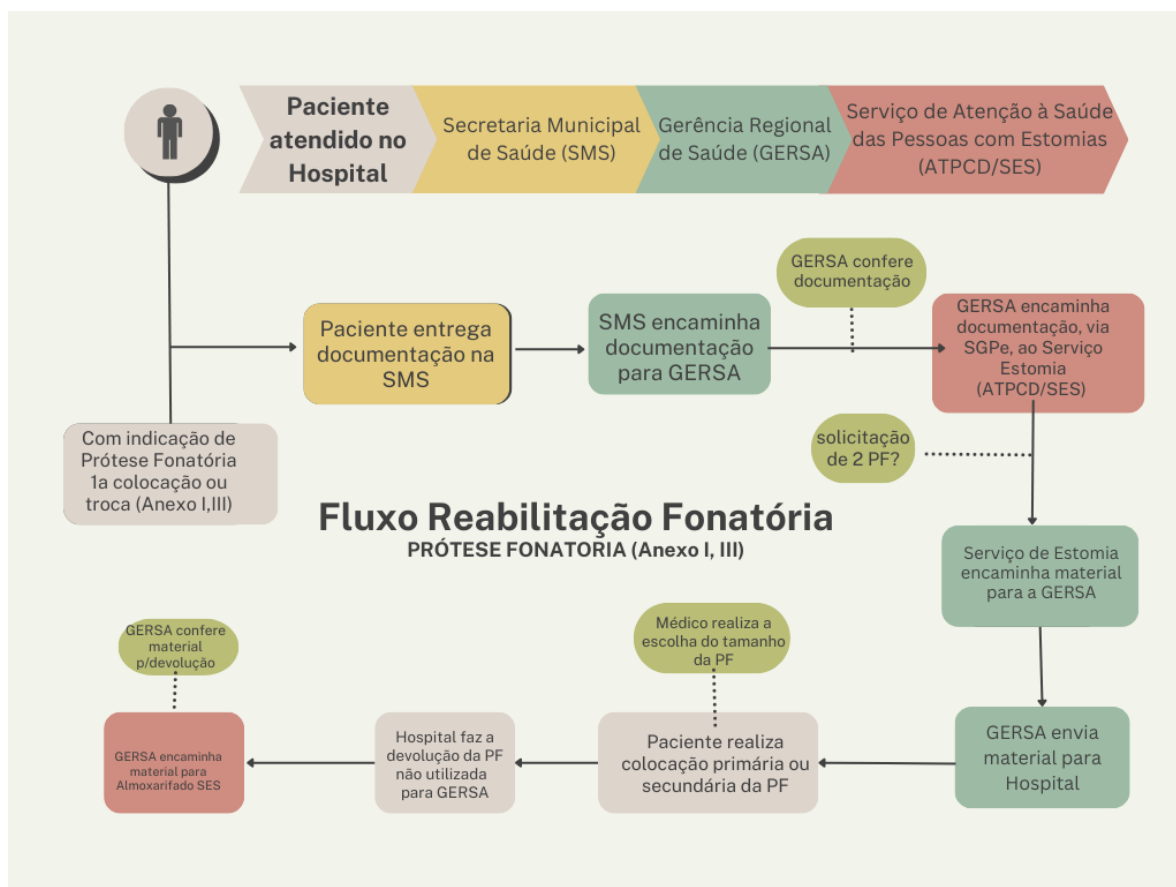
### 6.2.1 Encaminhamento dos insumos para a Reabilitação Fonatória

Os insumos da reabilitação fonatória (prótese fonatória, plugue, dispositivo de limpeza e laringe eletrônica) serão encaminhados através do Serviço Estadual à Regional de Saúde, que fará o envio ao hospital de referência do paciente (UNACON/CACON), que fará a adaptação/reabilitação do paciente.

Todos os insumos encaminhados ao hospital deverão ter protocolos de entrega assinados.

Nos casos de indicação de prótese fonatória (PF) Anexo I de colocação primária ou secundária, caso haja indicação, o médico poderá solicitar dois tamanhos, preenchendo o formulário padronizado e justificando a indicação. A GERSA deverá providenciar o preenchimento e assinatura do Termo de Responsabilidade pela Guarda do Equipamento (Anexo VII). O hospital se responsabilizará pela devolução do item não utilizado, conforme o prazo estabelecido no documento padronizado (Anexo VII), e deverá encaminhar o material e o termo de devolução para a Regional de Saúde, que fará os trâmites de devolução de material ao almoxarifado da SES. A GERSA também deverá encaminhar o Termo de Recebimento de Insumos, que deverá ser assinado pelo paciente no momento da colocação da PF (Anexo IX).

A troca da prótese fonatória, plugue e dispositivo de limpeza estão previstos quando houver a necessidade a critério médico, respeitando o prazo mínimo de seis meses, ou com a justificativa técnica do cirurgião de cabeça e pescoço do UNACON/CACON quando solicitado em prazo inferior.



A solicitação de laringe eletrônica para o paciente (Anexo X) deverá ser encaminhada juntamente com laudo de APAC. O laudo APAC, após autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde, deverá ser lançado pelo hospital e após encaminhado para GERSA que enviará via SGP-e para o Serviço Estadual para o fornecimento do insumo.

O Serviço deverá lançar o procedimento da laringe eletrônica, através do laudo APAC, para que seja gerada a produção e série histórica. E o paciente deverá assinar o termo de recebimento do insumo, que deverá ser encaminhado a GERSA, para comprovação do recebimento. (Anexo IX)

Semestralmente, o Serviço Estadual enviará à GMAPS o relatório de concessão de laringes eletrônicas, conforme as 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.

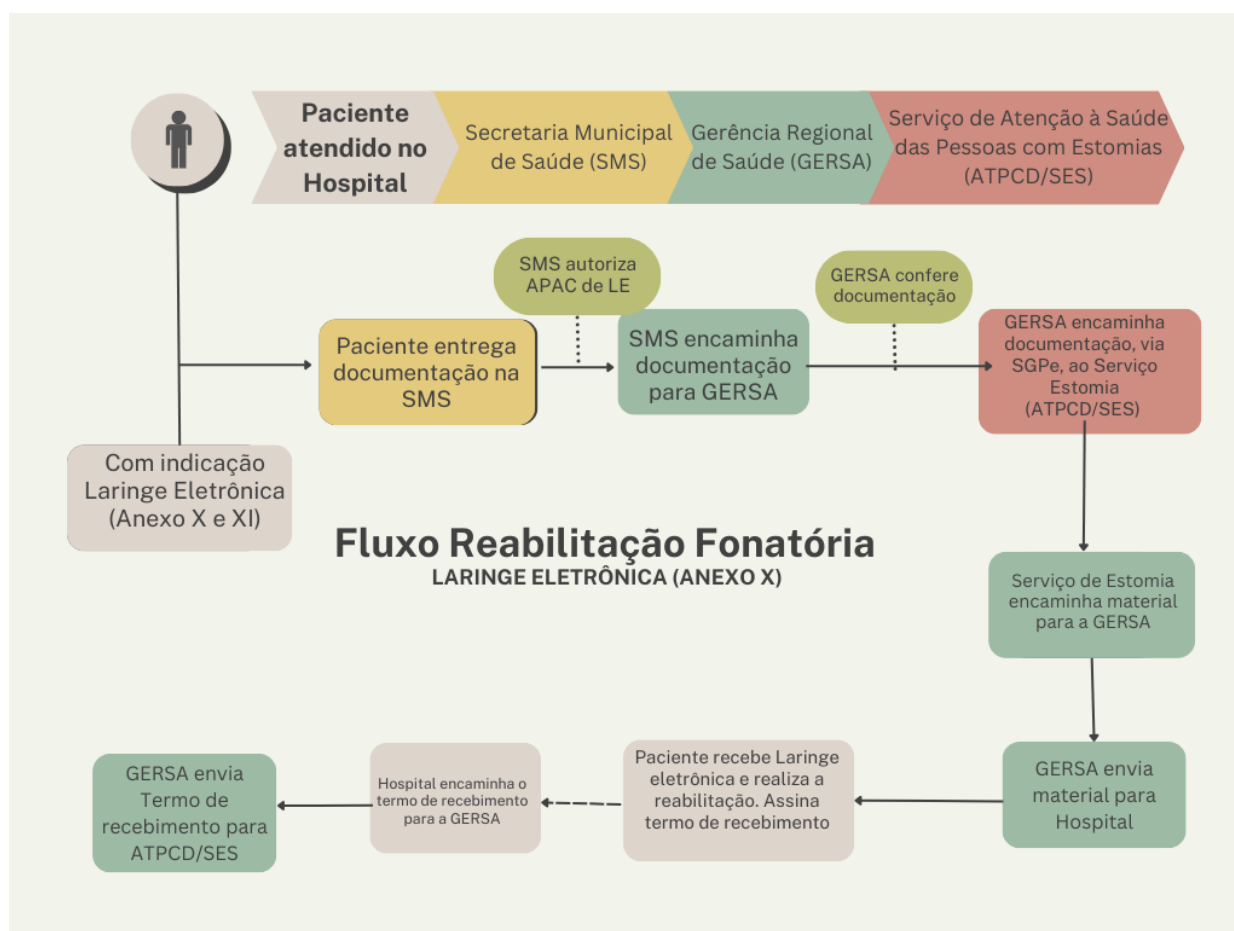
### **Substituição da Laringe Eletrônica:**

A laringe eletrônica poderá ser substituída devendo obedecer a todos os critérios a seguir:

1. Laringe eletrônica, após o término da garantia (2 anos), e que não esteja funcionando adequadamente, devendo ser avaliada pelas empresas que comercializam a laringe no país e encaminhado o relatório da indicação de troca.
2. Indicação de um dos seguintes profissionais que acompanha o paciente: médico cirurgião de cabeça e pescoço, médico oncologista clínico, médico otorrinolaringologista, médico cancerologista cirúrgico, fonoaudiólogo (Anexo X).

**O hospital é responsável pela entrega dos insumos aos pacientes, devendo solicitar a assinatura do Termo de Recebimento de Insumos (Anexo IX). O Termo será enviado para a GERSA.**





## 6.2.2 Encaminhamento dos insumos para a Reabilitação Pulmonar

Os insumos da reabilitação pulmonar (Cânula, Cânula tipo button, filtro, adesivo e protetor de banho) Anexo II serão encaminhados à Regional de Saúde, que entregará para a Secretaria Municipal de Saúde, responsável pelo envio do material ao paciente.

Os materiais de uso diário, filtros e adesivos, serão enviados mensalmente de acordo com a prescrição e regulação. Estes insumos poderão ser substituídos após nova avaliação do paciente (Ficha de Alteração), com encaminhamento do formulário padronizado (Anexo III).

As cânulas, cânula tipo button e protetor de banho serão enviados semestralmente. As cânulas e cânulas tipo button podem ser alterados os tamanhos após nova avaliação do paciente, com encaminhamento do formulário padronizado (Anexo III)

## 7 ATRIBUIÇÕES DE CADA PONTO DE ATENÇÃO

O acesso ao usuário ao Serviço de Atenção à saúde das Pessoa com Estomia Respiratória perpassa pelos diferentes níveis de atenção e competências administrativas.

### 7.1 SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

- Implantar as Diretrizes para a Atenção à Saúde das Pessoas com Estomia Respiratória 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 com Estomia Respiratória 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 a 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 à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC);
- 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.

## 7.2 GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE

- Planejar, coordenar e supervisionar as ações do Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomia Respiratória, 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 estomia 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 destes, através do SGPe;
- Realizar a concessão dos insumos de reabilitação fonatória ao UNACON/CACON de referência, sendo responsável pela entrega, preenchimento e recolhimento dos formulários de responsabilidade e recebimento de insumos conforme padronizados nesta Diretriz;
- Realizar a concessão dos insumos de reabilitação Pulmonar aos Municípios de sua abrangência;
- Informar à Coordenação Estadual sempre que houver dificuldades de fluxos ou atendimento inadequado na região de sua abrangência;

### 7.3 SECRETARIA MUNICIPAL 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;
- Autorizar a APAC da laringe eletrônica (Anexo XI) e encaminhar para a GERSA após a autorização;
- 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;
  - Solicitar a 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 com Estomia Respiratória;
  - Analisar as indicações e/ou prescrições de insumos;
  - Garantir a guarda e distribuição dos insumos para estomia utilizados pelos usuários cadastrados no Serviço;
  - Divulgar entre os profissionais e instituições de saúde do seu município que prestam atendimento às pessoas com estomia respiratória, 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.

## 7.4 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 com Estomia Respiratória;
- 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 com Estomia Respiratória, 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 pré-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 laringe eletrônica e prótese fonatória.
- Recolher a assinatura do usuário, após o recebimento dos insumos, e encaminhar para a GERSA;
- Processamento da laringe eletrônica, no caso dos Serviços habilitados e conforme os Serviços de classificação (Anexo XII)

## 7.5 USUÁRIO OU RESPONSÁVEL

- Procurar o Serviço de atendimento à pessoa com estomia do seu município para realização do cadastramento para recebimento dos insumos, munido dos documentos necessários;
- Armazenar e utilizar adequadamente os insumos recebidos, prestando atenção aos prazos de validade;

- Manter o cadastro atualizado tanto nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto nos serviços de atendimento à pessoa com estomia;
- Informar imediatamente à UBS e/ou o serviço de atendimento às pessoas com estomia 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 estomia.

## **8 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 é 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 (ANEXO IV), devem lançar o procedimento no SIA, ressarcindo junto ao Ministério da Saúde, gerando série histórica para o Estado (Laudo APAC).

A Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência encaminhará a laringe eletrônica para a Regional de Saúde (através do Centro de custos). A Regional encaminha ao hospital, e o hospital deverá comprovar a entrega do insumo ao paciente mediante a assinatura do Termo de Recebimento (ANEXO IX).

Semestralmente a ATPCD encaminhará o relatório dos itens (com a cópia dos Termos de Recebimento) para a GMAPS, para encontro de contas com o município gestor de cada serviço hospitalar.

## **9 CONFIGURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM ESTOMIA RESPIRATÓRIA**

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomia Respiratória 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.



## 10 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 com Estomia Respiratória 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 dos usuários laringectomizados em utilização de prótese fonatória e/ou laringe eletrônica, 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.

## 11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Inclui no sistema de informações ambulatoriais do sistema único de saúde-sia-sus a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia constantes do anexo único. (ementa elaborada pela cdi/ms). **Portaria 116, de 15 de setembro de 1993**. Diário Oficial da União, Brasília. 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes gerais para a concessão de próteses e órteses através da assistência ambulatorial. (ementa elaborada pela cdi/ms).). **Portaria 146, de 19 de outubro de 1993**. Diário Oficial da União, Brasília. 1993.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 3.298, de 20 dezembro 1999**. Regulamenta a Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1999, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.. Diário Oficial da União. Brasília: 1999.

\_\_\_\_\_. **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.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. 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. 2012.

\_\_\_\_\_. 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**.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde Portaria de Consolidação n. 3, de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada em Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

\_\_\_\_\_. Decreto 11.063, de 4 de maio de 2022. Brasília, DF: Presidência da República, 2022a.

INCA. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2023 : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro : INCA, 2022.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A Comissão Intergestores Bipartite, 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.**

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde de Santa. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). 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 202. Deliberação 202, de 26 de setembro de 2019.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde de Santa. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). 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 202. Deliberação 202, de 26 de setembro de 2022.

ARAUJO, A. M. de, SANTOS, E. C dos, PERNAMBUCO, L. Autoavaliação de aspectos respiratórios e vocais após uso do umidificador de traqueostomia em laringectomizados totais. Audiol. Comum Res [Internet]. 2017; 22. Available from: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2016-1820>.

Barbosa, L. N. F., Santos, D. A., Amaral, M. X. F., Gonçalves, A. J., & Bruscatto, W. L. (2004). Repercussões psicossociais em pacientes submetidos à laringectomia total por câncer de laringe: Um estudo clínico-qualitativo. *Revista SBPH*, 7(1), 45-58.

CABRAL, Gabrielle Karine Albuquerque et al . A comunicação em pacientes oncológicos submetidos à laringectomia total. *Isso. SBPH*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 45-65, dez. 2017 .

Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582017000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 05 set. 2023.

ROCHA, P.M. Traqueostomias In: Rochavergilius, J.F.A.F.; LENINE,G.B., FERRAZ, A.R. Manual do residente de cirurgia de cabeça e pescoço. São Paulo, 1999.

## 12 ANEXOS

Seguem anexos a esta Diretriz:

- ANEXO I: Formulário padronizado para Reabilitação Fonatória
- ANEXO II: Formulário padronizado para Reabilitação Pulmonar
- ANEXO III: Formulário padronizado para Alteração Reabilitação Pulmonar
- ANEXO IV: Lista atualizada dos hospitais de referência
- ANEXO V: Hospitais aptos a prescrever laringe eletrônica conforme tabela SIGTAP, Serviço de classificação
- ANEXO VI: Lista dos insumos padronizados
- ANEXO VII: Termo de responsabilidade pela guarda e uso do equipamento
- ANEXO VIII: Termo de devolução de insumos (Prótese Fonatória)
- ANEXO IX: Termo de recebimento de insumos
- ANEXO X: Formulário padronizado para solicitação de laringe eletrônica
- ANEXO XI: Lista dos Serviços, conforme a classificação Tabela SIGTAP e a Gestão



ESTADO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde – SES/SC  
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR  
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD  
Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias

**ANEXO I- REABILITAÇÃO FONATÓRIA**

Este encaminhamento deverá ser preenchido por **cirurgião de cabeça e pescoço do CACON/UNACON** para abertura do processo para o Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias. O usuário deverá entregar este formulário na Secretaria Municipal de referência, acompanhado dos seguintes documentos: cópia do RG , CPF ,comprovante de residência, Cartão Nacional de Saúde.

**1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:**

NOME: \_\_\_\_\_ D.N: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

**2. HISTÓRICO DA LARINGECTOMIA:**

**2.1 CAUSA INDICADORA:** ( ) CID 32.9 ( ) CID Z93.0

**2.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA LARINGECTOMIA:**

HOSPITAL: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

**2.3. MÉDICO CIRURGIÃO:** \_\_\_\_\_

**2. 4. DATA DA REALIZAÇÃO DA LARINGECTOMIA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**3. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

**3.1 MÉDICO DO CACON/UNACON:** \_\_\_\_\_

**3.2 HOSPITAL (nome, carimbo, marca d'água):** \_\_\_\_\_

**4. CARACTERÍSTICAS DA ESTOMIA:**

|                                 |                                                                                             |               |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>4.1. TAMANHO DO ESTOMA:</b>  | ALT: _____mm                                                                                | LARG. _____mm |
| <b>4.2 FORMATO:</b>             | (    ) REDONDO                      (    ) OVAL                      (    ) OUTRO: _____    |               |
| <b>4.3 COMPLICAÇÕES:</b>        | (    ) ESTENOSE                      (    ) GRANULOMA                      (    ) IRRITAÇÃO |               |
| <b>4.4 CIRURGIA DE RESGATE:</b> | (    ) SIM                      (    ) NÃO                                                  |               |

**5. INSUMOS SOLICITADOS:**

**5.1 PRÓTESE FONATÓRIA (07.02.09.004-2)**

1ª COLOCAÇÃO:            (    ) 8mm                      (    ) 10mm                      (    ) 12,5mm

TROCA VEGA            (    ) 4mm    (    ) 6mm            (    ) 8mm            (    ) 10mm            (    ) 12,5mm            (    ) 15mm

TROCA Xtraseal            (    ) 4mm    (    ) 6mm            (    ) 8mm            (    ) 10mm            (    ) 12,5mm            (    ) 15mm

**5.2. PLUGUE (    )**

**5.3. DISPOSITIVO DE LIMPEZA E IRRIGAÇÃO DE PRÓTESES (    )**

**6. OBSERVAÇÕES:**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do profissional



ESTADO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde – SES/SC  
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR  
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD  
Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias

**ANEXO II- REABILITAÇÃO PULMONAR**

Este encaminhamento deverá ser preenchido por médico, fonoaudiólogo, enfermeiro ou fisioterapeuta para abertura do processo para o Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias. O usuário deverá entregar este formulário na Secretaria Municipal de referência, acompanhado dos seguintes documentos: cópia do RG , CPF ,comprovante de residência, Cartão Nacional de Saúde.

**1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:**

NOME: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ D.N: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

**2. HISTÓRICO DA LARINGECTOMIA/TRAQUEOSTOMIA:**

**2.1 CAUSA INDICADORA:** ( ) CID 32.9 ( ) CID Z93.0

**2.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA LARINGECTOMIA/TRAQUEOSTOMIA:**

HOSPITAL: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

**2.3. MÉDICO CIRURGIÃO:** \_\_\_\_\_

**2. 4. DATA DA REALIZAÇÃO DA LARINGECTOMIA/TRAQUEOSTOMIA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**3. CARACTERÍSTICAS DA ESTOMIA/TRAQUEOSTOMIA:**

**3.1. TAMANHO DO ESTOMA:** ALT: \_\_\_\_\_mm LARG. \_\_\_\_\_mm

**3.2 ESTOMIA:** ( ) DEFINITIVA ( ) TEMPORÁRIA TEMPO PREVISTO: \_\_\_\_\_

**3.3 FORMATO:** ( ) REDONDO ( ) OVAL ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

**3.4 COMPLICAÇÕES ESTOMA:** ( ) ESTENOSE ( ) GRANULOMA ( ) IRRITAÇÃO

( ) IRRITAÇÃO/ALERGIA NA PELE DO PESCOÇO: OUTROS: \_\_\_\_\_



#### 4. INSUMOS SOLICITADOS:

**4.1 FILTRO HME\*:**      (    ) XTRAFLOW (mais aberto)                      (    ) XTRAMOIST (mais fechado)

\* Caixa com 30 unidades. Envio mensal.

#### 4.2 CÂNULA PADRÃO SEM FENESTRAS\*:

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

\*Durabilidade de 6 meses. Envio semestral.

#### 4.3 CÂNULA COM FENESTRAS\*:

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

\*Durabilidade de 6 meses. Envio semestral.

#### 4.4 CÂNULA TIPO BUTTON

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

\*Durabilidade de 6 meses. Envio semestral.

#### 4.5 ADESIVO (BASE)

( ) OPTIDERM OVAL\* ( ) FLEXIDERM ( ) XTRABASE\* ( ) STABILIBASE\*\*  
OVAL \*

\* caixa com 20 unidades. Envio 1 caixa/mês

\*\* caixa com 15 unidades. Envio 2 caixas/mês.

#### 4.6 PROTETOR DE BANHO ( )

\* Envío semestral

**5. OBSERVAÇÕES:**

DATA:        /        /

Carimbo e assinatura do profissional



ESTADO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde – SES/SC  
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR  
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD  
Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias

**ANEXO III- ALTERAÇÃO DE INSUMOS DE  
REABILITAÇÃO PULMONAR**

Este encaminhamento deverá ser preenchido por médico, fonoaudiólogo, enfermeiro ou fisioterapeuta

para abertura do processo para o Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias. O usuário deverá entregar somente este formulário na Secretaria Municipal de referência.

**1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:**

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

D.N: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**2. ASSINALE OS INSUMOS QUE O USUÁRIO PERMANECERÁ UTILIZANDO:**

**2.1 FILTRO HME\*:** ( ) XTRAFLOW (mais aberto) ( ) XTRAMOIST (mais fechado)

\* Caixa com 30 unidades. Envio mensal.

**2.2 CÂNULA PADRÃO SEM FENESTRAS\*:**

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

\*Durabilidade de 6 meses. Envio semestral.

**2.3 CÂNULA COM FENESTRAS\*:**

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

\*Durabilidade de 6 meses. Envio semestral.

**2.4 CÂNULA TIPO BUTTON**

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

\*Durabilidade de 6 meses. Envio semestral.

**2.5 ADESIVO (BASE)**

( ) OPTIDERM OVAL\* ( ) FLEXIDERM OVAL\* ( ) XTRABASE\* ( ) STABILIBASE\*\*

\* caixa com 20 unidades. Envio 1 caixa/mês

\*\* caixa com 15 unidades. Envio 2 caixas/mês.

**3. ASSINALE SOMENTE AS ALTERAÇÕES DOS INSUMOS INDICADOS AO USUÁRIO:**

**3.1 FILTRO HME\*:**      (    ) XTRAFLOW (mais aberto)                      (    ) XTRAMOIST (mais fechado)

\* Caixa com 30 unidades. Envio mensal.

### 3.2 CÂNULA PADRÃO SEM FENESTRAS\*:

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

\*Durabilidade de 6 meses. Envio semestral.

### 3.3 CÂNULA COM FENESTRAS\*:

( ) 8/36                      ( ) 8/55                      ( ) 9/36                      ( ) 9/55

( ) 10/36                      ( ) 10/55                      ( ) 12/36                      ( ) 12/55

\*Durabilidade de 6 meses. Envio semestral.

### 3.4 CÂNULA TIPO BUTTON

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

\*Durabilidade de 6 meses. Envio semestral.

### 3.5 ADESIVO (BASE)

( ) OPTIDERM OVAL\* ( ) FLEXIDERM ( ) XTRABASE\* ( ) STABILIBASE\*\*  
OVAL\*

\* caixa com 20 unidades. Envio 1 caixa/mês

\*\* caixa com 15 unidades. Envio 2 caixas/mês.

**4. JUSTIFICATIVA DA ALTERAÇÃO E OBSERVAÇÕES** (No caso de retirada de algum insumo, favor informar neste campo)



ESTADO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde – SES/SC  
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR  
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD  
Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias

## ANEXO IV

### Lista atualizada dos Hospitais de referência

| <b>MUNICÍPIO</b> | <b>ESTABELECIMENTO</b>            | <b>Habilitação</b><br><b>(Cód. de Classificação)</b> |
|------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------|
| Blumenau         | H. Santa Isabel                   | 1707                                                 |
| Blumenau         | H. Santo Antônio                  | 1706,1707,1708 e 1709                                |
| Chapecó          | H. Regional do Oeste              | 1707,1708,1717                                       |
| Criciúma         | H. São José                       | 1707,1708                                            |
| Florianópolis    | H. Universitário                  | 1708                                                 |
| Florianópolis    | CEPON                             | 1715                                                 |
| Florianópolis    | Imperial Hospital de Caridade     |                                                      |
| Florianópolis    | H. Governador Celso Ramos         | 1714                                                 |
| Itajaí           | H. Marieta Konder Bornhausen      | 1706                                                 |
| Jaraguá do Sul   | H. São José                       | 1701                                                 |
| Joaçaba          | H. Universitário Santa Terezinha  | 1706,1717                                            |
| Joinville        | H. Municipal São José             | 1712                                                 |
| Joinville        | H. Infantil Jesser Amarante       |                                                      |
| Lages            | H. Geral Maternidade Tereza Ramos | 1706,1707                                            |
| Porto União      | H. de Caridade São Braz           | 1706                                                 |
| Tubarão          | H. Nossa Senhora da Conceição     | 1706                                                 |
| São Bento do Sul | H. e Maternidade Sagrada Família  | 1706                                                 |
| Rio do Sul       | H. Regional Alto Vale             | 1706                                                 |



ESTADO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde – SES/SC  
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR  
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD  
Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias

## ANEXO V

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

#### Habilitações 1706 - UNACON

| CNES    | Estabelecimento                                  | Comp. Inicial | CNPJ Próprio   | CNPJ Mantenedora | Município        |
|---------|--------------------------------------------------|---------------|----------------|------------------|------------------|
| 2522691 | Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen | 04/2008       | 60194990002200 | 60194990000178   | Itajaí           |
| 2521792 | Hospital e Maternidade Sagrada Família           | 05/2018       | 01630921000281 |                  | São Bento do Sul |
| 2504332 | Hospital e Maternidade Tereza Ramos              | 10/2009       | 82951245002617 | 82951245000169   | Lages            |
| 2491710 | Hospital Nossa Senhora da Conceição              | 09/2007       | 60922168005307 |                  | Tubarão          |
| 2568713 | Hospital Regional Alto Vale                      | 05/2018       | 73433427000157 |                  | Rio do Sul       |
| 2558254 | Hospital Santo Antônio                           | 11/2009       | 82654088000120 |                  | Blumenau         |
| 2543044 | Hospital São Braz                                | 09/2007       | 60975737009531 |                  | Porto União      |
| 2560771 | Hospital Universitário Santa Terezinha           | 09/2007       | 84592369000988 |                  | Joaçaba          |

#### Habilitações 1707 – UNACON COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA

| CNES    | Estabelecimento                     | Comp. Inicial | CNPJ Próprio   | CNPJ Mantenedora | Município |
|---------|-------------------------------------|---------------|----------------|------------------|-----------|
| 2504332 | Hospital e Maternidade Tereza Ramos | 12/2016       | 82951245002617 | 82951245000169   | Lages     |

|         |                            |         |                |                |                |
|---------|----------------------------|---------|----------------|----------------|----------------|
| 2507788 | Hospital Regional do Oeste | 09/2007 | 02122913000106 |                | Chapecó        |
| 2558246 | Hospital Santa Isabel      | 10/2008 | 60922168005226 |                | Blumenau       |
| 2558254 | Hospital Santo Antônio     | 08/2021 | 82654088000120 |                | Blumenau       |
| 2306336 | Hospital São José          | 10/2009 | 12846027000189 |                | Jaraguá do Sul |
| 2758164 | Hospital São José          | 09/2007 | 92736040000890 | 92736040000114 | Criciúma       |

### **Habilitações 1708 – UNACON COM SERVIÇO DE HEMATOLOGIA**

| CNES    | Estabelecimento                                                | Comp. Inicial | CNPJ Próprio   | CNPJ Mantenedora | Município     |
|---------|----------------------------------------------------------------|---------------|----------------|------------------|---------------|
| 2507788 | Hospital Regional do Oeste                                     | 09/2007       | 02122913000106 |                  | Chapecó       |
| 2558254 | Hospital Santo Antônio                                         | 08/2021       | 82654088000120 |                  | Blumenau      |
| 2758164 | Hospital São José                                              | 09/2007       | 92736040000890 | 92736040000114   | Criciúma      |
| 3157245 | Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago | 09/2007       | 15126437003401 |                  | Florianópolis |

### **Habilitações 1709 – UNACON COM SERVIÇO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA**

| CNES    | Estabelecimento        | Comp. Inicial | CNPJ Próprio   | CNPJ Mantenedora | Município |
|---------|------------------------|---------------|----------------|------------------|-----------|
| 2558254 | Hospital Santo Antônio | 08/2021       | 82654088000120 |                  | Blumenau  |

### **Habilitações 1712 – CACON**

| CNES    | Estabelecimento             | Comp. Inicial | CNPJ Próprio   | CNPJ Mantenedora | Município |
|---------|-----------------------------|---------------|----------------|------------------|-----------|
| 2436469 | Hospital Municipal São José | 03/2007       | 84703248000109 |                  | Joinville |



ESTADO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde – SES/SC  
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR  
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD  
Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias

## 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 - 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. |
| 123960003 | Prótese Fonatória - 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.                                                                                                                                                                                                                                        |
| 123960004 | Plugue 22,5 Fr - Kit composto por: 01 Plugue e 01 escova. Plugue confeccionado em silicone, diâmetro 6,4 mm, comprimento 83 mm, adaptador para prótese fonatória 22,5FR Uma (01) Escova: cabeça da escova em aço inoxidável e poliamida, comprimento da cabeça da escova de 22 mm/ cabo em polipropileno com corante azul masterbach, comprimento total da escova 177 mm. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade. Embalagem contendo 1 kit.                                                                                       |

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 123960005 | Dispositivo de limpeza das próteses fonatórias - Dispositivo composto por tubo de lavagem confeccionado em propileno, medindo aproximadamente 111 mm 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.                                  |
| 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 – SES/SC  
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR  
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD  
Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias

## ANEXO VII

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

#### PELA GUARDA E USO DE EQUIPAMENTO

Recebi da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES/SC)**, CNPJ nº 80.673.411/0001-87, através do Centro de Custos: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ (quantidade) 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: \_\_\_\_\_



ESTADO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde – SES/SC  
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR  
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD  
Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias

## 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 – SES/SC  
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR  
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD  
Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias

## ANEXO IX

### TERMO DE RECEBIMENTO DE INSUMOS

Nome: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_,  
declaro e confirmo o recebimento de Insumos para Reabilitação: ( ) Fonatória , pelo Hospital:  
\_\_\_\_\_, através da Secretaria de Estado da  
Saúde (SES/SC), pelo Centro de Custo: \_\_\_\_\_.

Insumos recebidos:

| PRÓTESE FONATÓRIA | LARINGE ELETRÔNICA |
|-------------------|--------------------|
| Ref.:             | Ref.:              |
| Lote:             | Lote:              |
| 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 – SES/SC  
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR  
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD  
Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias

**ANEXO X – LARINGE ELETRÔNICA**

Este encaminhamento deverá ser preenchido por médico ou fonoaudiólogo do CACON/UNACON para abertura do processo para o Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias. O usuário deverá entregar este formulário na Secretaria Municipal de referência, acompanhado dos seguintes documentos: cópia do RG , CPF ,comprovante de residência, Cartão Nacional de Saúde.

**1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:**

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

D.N: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TELEFONE: (    ) \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**2. HISTÓRICO DA LARINGECTOMIA:**

**CAUSA INDICADORA:**        (    ) CID 32.0    (    ) CID 32.1    (    ) CID 32.2    (    ) CID 32.8    (    ) CID 32.9

**LOCAL DE REALIZAÇÃO DA LARINGECTOMIA:**

HOSPITAL: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

NOME DO MÉDICO CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_

DATA DA REALIZAÇÃO DA LARINGECTOMIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**3. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

**3.1 MÉDICO/FONOAUDIÓLOGO DO CACON/UNACON:** \_\_\_\_\_

**3.2 HOSPITAL (nome, carimbo, marca d'água):** \_\_\_\_\_

**4. OBSERVAÇÕES:**

**OBS: A laringe eletrônica deverá ser entregue somente no CACON/UNACON de referência do usuário.**



ESTADO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde – SES/SC  
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR  
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD  
Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias

## ANEXO XI

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

| MUNICÍPIO        | HOSPITAL<br>NOME<br>FANTASIA                     | Pode<br>lançar<br>Procedi-<br>mento<br>Produção<br>o<br>LE | HABILITAÇÃO<br>UNACON/CACON |     | GESTÃO/CONTRATO |                                                 |                                                     |
|------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----|-----------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                  |                                                  |                                                            | SIM                         | NÃO | Próprio<br>SES  | Contrato<br>SES ou<br>OS,<br>gestão<br>Estadual | Gestão<br>Municipal<br>, outros<br>identifica-<br>r |
| 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 UNIVERSITARIO SANTA TEREZINHA           | X                                                          | X                           |     |                 | X                                               |                                                     |
| 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                                                   |

