



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Comissão Intergestores Bipartite

DELIBERAÇÃO 202/CIB/2019

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua reunião ordinária do dia 26 de setembro de 2019, considerando

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

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

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

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

APROVA

- 1 – As Diretrizes Para Atenção à Saúde das Pessoas Laringectomizadas e/ou Traqueostomizadas do Estado de Santa Catarina.
- 2 – Os formulários padronizados pelo Serviço Estadual, constantes nos ANEXOS I a III das diretrizes.
- 3 – Estabelece os fluxos e competências de cada ponto da Rede para o referido Serviço.

Florianópolis, 26 de setembro de 2019.

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

ALEXANDRE FAGUNDES
Presidente do COSEMS
Coordenador CIB/COSEMS



ANEXO I

(PACIENTE LARINGECTOMIZADO TOTAL – REABILITAÇÃO FONATORIA)

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

1.1 NOME: _____

1.2 IDADE: _____

1.3 SEXO: () FEMININO () MASCULINO

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

1.5 CIDADE ONDE A LARINGECTOMIA FOI REALIZADA: _____

1.6 QUAL HOSPITAL: _____

1.7 NOME DO MEDICO CIRURGIÃO: _____

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

1.9 TELEFONE DO USUÁRIO: _____

2. CARACTERÍSTICAS DA ESTOMIA

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

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

2.3 COMPLICAÇÕES DENTRO DO ESTOMA:

() ESTENOSE () GRANULOMA () IRRITAÇÃO

2.4 CIRURGIA DE RESGATE () SIM () NÃO

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

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

3.1 PRIMEIRA COLOCAÇÃO:

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

3.2 TROCA: () VEGA

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

3.3 TROCA: () VEGA XTRASEAL

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

3.4 PLUGUE:

() SIM () NÃO SE APLICA

3.5 ESCOVA PARA PRÓTESE:

() SIM () NÃO SE APLICA

3.6 DISPOSITIVO DE LIMPEZA E IRRIGAÇÃO DE PRÓTESES:

() SIM () NÃO SE APLICA

4. LARINGE ELETRÔNICA: () NÃO SE APLICA

4.1 () LARINGE ELETRÔNICA SOLATONE PLUS, com pilhas recarregáveis, cabo carregador USB + acessórios.



5. OBSERVAÇÕES:

6. LOCAL E DATA

7. ASSINATURA E CARIMBO

_____, ____/____/____ . _____.



ANEXO II

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

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

- 1.1 NOME: _____
1.2 IDADE: _____
1.3 SEXO: () FEMININO () MASCULINO
1.4 CAUSA INDICADORA: () CID 32.9 () CID Z93.0
1.5 CIDADE DE MORADIA: _____
1.6 CIDADE ONDE A TRAQUEOSTOMIA FOI REALIZADA: _____
1.7 HOSPITAL: _____
1.8 NOME DO MÉDICO CIRURGIÃO: _____
1.9 NOME DO FONOAUDIÓLOGO: _____
1.10 DATA DA REALIZAÇÃO DA TRAQUEOSTOMIA E/OU LARINGECTOMIA:
_____/_____/_____
1.11 TELEFONE DO USUÁRIO: _____

2. CARACTERÍSTICAS DO ESTOMA = TRAQUEOSTOMA

- 2.1 TAMANHO: ALTURA _____ (MM) LARGURA _____ (MM)
2.2 OSTOMIA: () DEFINITIVA () TEMPORÁRIA () TEMPO PREVISTO: _____
2.3 FORMATO: () REDONDO () OVAL () OUTROS _____
2.4 COMPLICAÇÕES DENTRO DO ESTOMA: _____ ()
() ESTENOSE () GRANULOMA () IRRITAÇÃO
2.5 IRRITAÇÃO/ALERGIA NA PELE DO PESCOÇO () OUTROS () _____

3. TIPO DE EQUIPAMENTO/DISPOSITIVO

3.1 FILTRO HME

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

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

3.2 CÂNULA PADRÃO () NÃO SE APLICA

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

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

3.3 CÂNULA COM FENESTRAS () NÃO SE APLICA

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

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



3.4 CÂNULA TIPO BUTTON () NÃO SE APLICA

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

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

3.5 ADESIVO (BASE) () NÃO SE APLICA

() OPTIDERM OVAL () FLEXIDERM OVAL

() XTRABASE () STABILIBASE

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

3.6 PROTETOR DE BANHO:

() SIM () NÃO SE APLICA

4. OBSERVAÇÕES: _____

5. LOCAL E DATA

6. ASSINATURA E CARIMBO

_____, ____/____/____. _____.



ANEXO III

PACIENTE LARINGECTOMIZADO E/OU TRAQUEOSTOMIZADO

FICHA DE ALTERAÇÃO DE INSUMOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

- 1.1 NOME: _____
1.2 IDADE: _____
1.3 SEXO: () FEMININO () MASCULINO
1.4 CAUSA INDICADORA: () CID 32.9 () CID Z93.0
1.5 CIDADE DE MORADIA: _____
1.6 CIDADE ONDE A TRAQUEOSTOMIA FOI REALIZADA: _____
1.7 HOSPITAL: _____
1.8 NOME DO MÉDICO CIRURGIÃO: _____
1.9 NOME DO FONOAUDIÓLOGO: _____
1.10 DATA DA REALIZAÇÃO DA TRAQUEOSTOMIA E/OU LARINGECTOMIA:
____/____/____

2. CARACTERÍSTICAS DO ESTOMA = TRAQUEOSTOMA

- 2.1 TAMANHO: ALTURA _____ (MM) LARGURA _____ (MM)
2.2 OSTOMIA: () DEFINITIVA () TEMPORÁRIA () TEMPO PREVISTO: _____
2.3 FORMATO: () REDONDO () OVAL () OUTROS _____
2.4 COMPLICAÇÕES DENTRO DO ESTOMA: _____ ()
() ESTENOSE () GRANULOMA () IRRITAÇÃO
2.5 IRRITAÇÃO/ALERGIA NA PELE DO PESCOÇO () OUTROS () _____

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

3.1 FILTRO HME:

() XTRAFLOW () XTRAMOIST

3.2 CÂNULA PADRÃO: () NÃO SE APLICA

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

3.3 CÂNULA COM FENESTRAS: () NÃO SE APLICA

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



3.4 CÂNULA CURTA TIPO BUTTON

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

3.5 ADESIVO (BASE): NÃO SE APLICA

OPTIDERM OVAL FLEXIDERM OVAL

XTRABASE STABILIBASE

4. JUSTIFICATIVA DA ALTERAÇÃO

<hr/>

5. ALTERAÇÃO (Listar materiais a serem utilizados)

5.1 FILTRO HME

XTRAFLOW XTRAMOIST

5.2 CÂNULA PADRÃO – NÃO SE APLICA

8/27 8/36 8/55-REF.7603
 9/27 9/36 9/55-REF.7607
 10/27 10/36 10/55-REF.7611
 12/27 12/36 12/55-REF.7615

5.3 CÂNULA COM FENESTRAS – NÃO SE APLICA

8/36 8/55-REF.7638
 9/36 9/55-REF.7641
 10/36 10/55-REF.7644
 12/36 12/55-REF.7647

5.4 CÂNULA CURTA TIPO BUTTON

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

5.5 ADESIVO (BASE) – NÃO SE APLICA



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

6. OBSERVAÇÕES: _____

7. LOCAL E DATA

8. ASSINATURA E CARIMBO

_____, ____/____/____ . _____.

CIDADE	NOME FANTASIA	HABILITAÇÃO	TELEFONE	E-MAIL
BLUMENAU	HOSPITAL SANTA ISABEL	1707 - UNACON COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA	(47) 3321.1000	dirgeral@santaisabel.com.br / tbsonego@hotmail.com
BLUMENAU	HOSPITAL SANTO ANTONIO	1706 - UNACON	(47) 3231.4000	faturament@hospitalstoantonio / tbsonego@hotmail.com
CHAPECO	HOSPITAL REGIONAL DO OESTE	1717 - ONCOLOGIA CIRÚRGICA HOSPITAL PORTE A	(49) 3321.6517	direcaohro@com.br
CRICIUMA	HOSPITAL SAO JOSE	1707 - UNACON COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA	(48) 3431.1500	hsaojose@hsjose.com.br
FLORIANOPO LIS	HOSPITAL UNIVERSITARIO	1708 - UNACON COM SERVIÇO DE HEMATOLOGIA		jhcvillela@yahoo.com.br
FLORIANOPO LIS	CEPON	1715 - SERVIÇO DE RADIOTERAPIA E COMPLEXO HOSPITALAR	(48) 3331.1400	lauandabsantos@gmail.com
FLORIANOPO LIS	HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS	1714 - HOSPITAL GERAL COM CIRURGIA ONCOLOGICA	(48) 3251.7000	hgcradminfin@saude.sc.gov.br / lrmsbob2@terra.com.br
ITAJAI	HOSPITAL E MATERNIDAD E MARIETA KONDER BORNHAUSEN	1706 - UNACON	(47) 3249.9400 / (47) 3346.4855	bentogus@gmail.com
JARAGUA DO SUL	HOSPITAL SAO JOSE	1707 - UNACON COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA	(47) 3274.5000	kauelopes@hotmail.com
JOACABA	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA TEREZINHA	1717 - ONCOLOGIA CIRÚRGICA HOSPITAL PORTE A	(49) 3551.9500	diretoria@hust.org.br / gbmanfro@yahoo.com.br
JOINVILLE	HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOSE	1712 - CACON		marina_ascari@hotmail.com
LAGES	HOSPITAL GERAL E MATERNIDAD E TEREZA RAMOS	1706 - UNACON	(49) 3251.0022	hgmr@ig.com.br / mickaelod@yahoo.com.br
PORTO UNIAO	HOSPITAL DE CARIDADE SAO BRAZ	1706 - UNACON	(42) 3521.2233	saobraz@uvaol.com.br / drcharles_clinica@hotmail.com
TUBARAO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	1706 - UNACON	(48) 3631.7000	hnsc@hnsc.org.br

Documento Não Conversível

Descrição: Anexo Deliberação CIB 202-2019.

Nome do arquivo: ANEXO V DELIBERAÇÃO 202-2019 - Hospitais com produ__o laringectomia
total.xlsx

Emitido em 01/10/2019.

DESCRIPTIVO DETALHADO

CÓDIGO	DESCRIPTIVO
123960001	Laringe eletrônica: Kit composto com 01 eletrolaringe, 02 Pilhas AA 1,25V - recarregável, 01 fonte de alimentação USB, 01 cabo USB, 01 adaptador e oral e 02 tubos orais. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade. Embalagem individual.
123960002	Prótese Fonatória - Válvula de fala Descrição: Kit composto de 01 protetor de faringe confeccionado em termoplástico transparente, 01 agulha de punção de aço inoxidável cirúrgico, 01 fio-guia de plástico fluorado pré-colorido e 01 dilatador de punção de plástico com equipamento fixador também de plástico com 01 prótese fonatória, pré-posicionada, de silicone de grau médico e anel radiopaco com válvula de silicone de abertura unidirecional. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade. Embalagem individual. 0702090042.
123960003	Prótese Fonatória - Válvula de fala Descrição: Kit composto de 01 prótese fonatória de silicone de grau médico e anel radiopaco com válvula de silicone de abertura unidirecional e 01 introdutor feito de plástico. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade. Embalagem individual. 0702090042
123960004	Plugue 22,5 FR - Kit composto por: um (01) Plugue e uma (01) escova. Um (01) PLUG: dispositivo confeccionado em silicone, diâmetro 6,4mm, comprimento 83mm, adaptador para prótese fonatória 22,5FR Uma (01) Escova: cabeça da escova em aço inoxidável e poliamida, comprimento da cabeça da escova de 22mm/ cabo em polipropileno com corante azul masterbach, comprimento total da escova 177mm. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade. Embalagem contendo um (01) Kit.
123960005	Dispositivo de limpeza das próteses fonatórias - Dispositivo composto por tubo de lavagem confeccionado em propileno, medindo aproximadamente 111mm de comprimento e bexiga de lavagem confeccionada em silicone, medindo aproximadamente 35 mm de comprimento, comprimento total de aproximadamente 157 mm. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade. Embalagem individual.
123960006	Escova de Limpeza das próteses fonatórias - Escova para procedimentos invasivos, escova não estéril com cerdas flexíveis e especialmente desenhada para limpeza de prótese fonatória; fabricada em aço inox e envolta em pvc; possui um delimitador e um protetor na ponta para impedir um aprofundamento maior da escova durante a limpeza da prótese fonatória; disponível em dois tamanhos: normal e xl; Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade. Embalagem individual.

123960007	Kit de traqueostomia - Cânula de traqueostomia em silicone com ou sem fenestras. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade. Embalagem individual.
123960008	Cânula de traqueostomia - Cânula curta de traqueostomia tipo button de silicone. Contendo dados de identificação, quantidade, lote, procedência, validade. 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.