

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

DIRETRIZES NORTEADORAS
PARA A ELABORAÇÃO DE LINHAS DE
CUIDADO DA PESSOA
LARINGECTOMIZADA OU
TRAQUEOSTOMIZADA

© 2026 Ministério da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – SAES

Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS

Esplanada dos Ministérios, Blocos G, Edifício Sede, 9º andar

CEP: 70.058-900 – Brasília/DF

Elaboração

Eduardo David Gomes de
Sousa

Laura Barquette Campos

Márcia Gabriela Fiusa
Martins Silva

Palloma Soares Santos

Jackeline Suzan Gentil Garcia
dos Anjos

Laiane Batista de Sousa

Pedro Angelo Luzini Gondim

CGCAN/DECAN/SAES/MS

Colaboração

Guacyra Magalhães Pires Bezerra
Janainny Magalhães Fernandes
Cláudia Maria de Jesus Oliveira
DECAN/SAES/MS

Tarcísio Nema de Aquino
Mariana Borges Dias
Amanda Conti Alves Costa
CGADOM/DAHU/SAES/MS

Ana Paula Alves da Silva
Ferreira
Felipe Augusto Reque
Luciana Lima Marques
CGURG/DAHU/SAES/MS

Aliane Vieira
Josafá Santos
DRAC/DAET/SAES/MS

Bruna Andrade
Raelma Paz Silva
Jonathan David Amaral
Fernandes
Carmen Moura
CGAE/DAET/SAES/MS

Gabriela Alves de Oliveira

Hidalgo
DAET/SAES/MS

Arthur de Almeida Medeiros
Amanda Oliveira do Vale Lira
Natália Turri da Silva
Paulo Henrique Ferreira de Araújo
Barbosa
Tayse Garcia
CGSPD/DAET/SAES/MS

Diogo do Vale de Aguiar
Roberta Rangel
Amanda Pinto Bandeira de
Sousa Marques
Roberta Rangel
Olivia Medeiros
Amanda Pinto Bandeira de
Sousa Marques
Doralice Severo da Cruz
Gustavo Vinicius do
Nascimento Ribeiro
Juliana Azevedo Fernandes
Hannah Shiva Ludgero
Farias
SAPS/MS

Revisão final

Guacyra Magalhães Pires Bezerra
Janainny Magalhães Fernandes
Cláudia Maria de Jesus Oliveira

Capa, projeto gráfico e diagramação
XXXX

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Diretrizes norteadoras para a elaboração de linhas de cuidado da pessoa laringectomizada ou traqueostomizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2026. xx p.

1. Linha de cuidado. 2. Câncer. 3. Redes de Atenção à Saúde.

Siglas

AD	Atenção Domiciliar
AES	Atenção Especializada à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CACON	Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CGCAN	Coordenação-Geral de Prevenção e Controle do Câncer
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
INCA	Instituto Nacional de Câncer
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
GM	Gabinete da Ministra
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMeC	Programa Melhor em Casa
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAES	Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde
PNAISPD	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência
PNCP	Política Nacional de Cuidados Paliativos
PNPCC	Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde

UCI	Unidade de Cuidado Intermediário
UNACON	Unidades de Alta Complexidade em Oncologia
VE	Voz esofágica
VEL	Voz com eletrolaringe ou laringe eletrônica
VTE	Voz traqueoesofágica

VERSÃO PRELIMINAR

Glossário

Adesivo por estoma: o adesivo é colado na pele do usuário com estoma, ao redor do estoma e é utilizado para fixação de um permutador de calor e umidade, este permutador e também conhecido com filtro HME, o adesivo possui uma parte adesiva hipoalergênica, um revestimento descartável e um adaptador onde os permutadores de calor e umidade são conectados. A troca do adesivo se faz necessária em média a cada 1 dia devido à higiene e à aderência do dispositivo na pele do usuário. Existem formatos diferentes de adesivos para possibilitar a adaptação no maior número de usuários de acordo com as questões estéticas decorrentes da laringectomia total e da construção do estoma respiratório.

Cuidados contínuos ou continuados: conjunto de intervenções sequenciais que visam garantir a continuidade da assistência à saúde e a integralidade do cuidado, mediante avaliação e coordenação do processo terapêutico (gestão do cuidado) e o planejamento da transição de cuidados entre diferentes pontos de assistência.

Cuidados paliativos: ações de cuidado que visam a identificar e a assistir o sofrimento atrelado a uma condição de saúde grave com foco na melhor qualidade de vida possível à pessoa, seus familiares e rede de apoio. Essa abordagem deve ser ofertada ao longo do ciclo de vida, de maneira precoce e em conjunto com o tratamento da condição de saúde, especialmente na fase final de vida, incluindo o processo de luto.

Diretrizes: são documentos norteadores das melhores práticas a serem seguidas por profissionais de saúde e gestores, sejam eles do setor público ou privado da saúde

Filtro: O filtro HME também conhecido como permutador de calor e umidade, é utilizado para proteção e reabilitação pulmonar e possui uma esponja de espuma impregnada com cloreto de cálcio dentro de uma estrutura plástica. Este filtro HME pode ser acoplado ao dispositivo adesivo e/ou cânula de traqueostomia em silicone específico. A troca do filtro se faz necessária a cada 24/48 horas a depender do modelo utilizado. O filtro HME faz a função que anteriormente era desempenhada pelo nariz, ou seja, umidificam, aquecem e filtram o ar que passa através do estoma e vai para traqueia e com isso reduz a secreção, tosse, expectoração forçada e frequência de limpeza do estoma, melhorando o convívio social da pessoa e possivelmente o número de infecções.

Laringe eletrônica: é um equipamento eletrônico movido a bateria recarregável tipo bastão vibrador, portátil, leve e de fácil utilização e aprendizagem. O usuário pressiona o equipamento na região submandibular ou na porção mediana do pescoço (papada) e aciona o botão para emissão do som. Ele emite uma vibração sonora contínua, que é transmitida ao ressonador buconasofaríngeo, e pelos órgãos articuladores, como lábios, língua e dentes, é transformada em palavra falada.

Linha de cuidado: proposta de organização do sistema de saúde visando garantir um cuidado integrado e continuado, com o objetivo de atender às necessidades de saúde do usuário do SUS em sua integralidade, podendo a depender do território, ter conformações diferentes a fim de garantir os fluxos adequados para itinerário terapêutico necessário ao cuidado do usuário.

Projeto terapêutico singular: conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou um grupo, provenientes da discussão coletiva de um caso por uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial quando necessário.

Prótese traqueoesofágica: é um dispositivo, normalmente fabricado em silicone, colocado entre o esôfago e a traqueia. Ela permite a passagem unidirecional do ar vindo dos pulmões para o segmento faringoesofágico, sendo este a região que induz a vibração do ar permitindo a realização da fonação. A troca do dispositivo deve ser realizada sempre que houver interrupção ou dificuldade do discurso e/ou vazamento, com frequência que varia caso a caso e também de acordo com o modelo da prótese.

Referência e contrarreferência: articulação operacional entre os serviços da rede de atenção à saúde, de modo que as distintas intervenções em saúde, em seus diferentes níveis de complexidade, sejam ofertadas ao usuário de forma coordenada e integrada, garantindo a resolutividade do cuidado em cada ponto de atenção.

Permutador de calor e umidade (HME): Dispositivo constituído por esponja de espuma impregnada com cloreto de cálcio, alojada em estrutura plástica, que substitui funcionalmente as vias aéreas superiores na umidificação, no aquecimento e na filtração do ar inspirado e expirado pela traqueostomia. Pode ser acoplado a adesivo hipoalergênico ou a cânula de traqueostomia em silicone. Sua troca é indicada a cada 24 a 48 horas, conforme o modelo utilizado, e sua utilização está associada à redução de secreção, de tosse, de expectoração forçada e da frequência de necessidade de higiene do estoma, com consequente melhora da qualidade de vida e potencial redução das taxas de infecção respiratória.

Sumário

Apresentação	xx
Contextualização	xx
Objetivos	xx
Necessidades em saúde da pessoa laringectomizada ou traqueostomizada	xx
Elementos para a elaboração de linhas de cuidado	xx
Componentes de alta complexidade e transferência de cuidados	xx
Responsabilidades gerenciais e administrativas dos níveis de gestão do SUS	xx
Considerações finais	xx
Referências	xx

Apresentação

O cuidado com pessoas traqueostomizadas e laringectomizadas envolve desafios significativos tanto para os usuários quanto para seus cuidadores. Além de aprender e dominar técnicas essenciais para o manejo das vias aéreas, os usuários enfrentam os efeitos colaterais dos tratamentos e as repercussões psicológicas, sociais, nutricionais, odontológicas e médicas dessa nova condição. Para garantir que tenham acesso aos melhores recursos terapêuticos disponibilizados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS), é fundamental a atuação coordenada dos diferentes níveis de gestão do Sistema, estruturando arranjos organizativos eficazes que atendam às necessidades dessa população.

Diante da necessidade de diretrizes norteadoras para o cuidado integral das pessoas com traqueostomias e laringectomias que considerem as iniquidades em saúde e o papel dos determinantes sociais em saúde (DSS), bem como às realidades locais nos territórios, é urgente que sejam adotadas estratégias para garantir uma assistência à saúde equitativa e de qualidade para essa população. Para isso, é fundamental a elaboração de diretrizes nacionais que estabeleçam condutas mínimas padronizadas, ou seja, demonstrando o que minimamente se deve ter em uma linha de cuidado, atendendo às necessidades específicas dessas pessoas, e possibilitem a implementação de políticas de saúde que promovam uma abordagem de cuidado integral, contínuo e de excelência. Essas ações devem também contribuir para a inclusão social das pessoas traqueostomizadas e laringectomizadas, com foco no acesso aos serviços de saúde para a realização dos acompanhamentos e da promoção da qualidade de vida, colaborando com a participação dos sujeitos na sociedade.

Nesse sentido, este documento fundamenta-se na necessidade de dispor sobre os elementos essenciais para o planejamento e implementação eficaz das ações de cuidado integral, bem como para o estabelecimento dos fluxos e do itinerário terapêutico do usuário nos serviços dos territórios, além de contextualizar e estabelecer relação entre as políticas disponíveis para o público.



Este documento norteador destina-se especialmente às Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios.

O objetivo principal é orientar os gestores a elaborar suas respectivas linhas de cuidado para as pessoas laringectomizadas ou traqueostomizadas, de acordo com suas redes e especificidades locais.

Contextualização

Traqueostomia

A traqueostomia é o procedimento cirúrgico que consiste na criação de uma abertura anterior na traqueia, conectando-a ao ambiente externo, com o objetivo de manter a perviidade (permeabilidade) das vias aéreas e a função respiratória, por meio do posicionamento de uma cânula ou prótese ventilatória. Trata-se de procedimento que pode ser de caráter temporário ou definitivo, a depender da etiologia, do estadiamento da doença de base e dos objetivos terapêuticos estabelecidos pela equipe multiprofissional. Ela pode ser realizada de forma eletiva ou de urgência em pacientes com neoplasias da laringe, hipofaringe, orofaringe, cavidade oral, tireoide ou traqueia que provoquem obstrução da via aérea, bem como durante procedimentos cirúrgicos de grande porte da cabeça e do pescoço ou até mesmo pós-operatório desses procedimentos. Está também indicada em situações como trauma cervical ou laringotraqueal, malformações congênitas, estenoses laringotraqueais, doenças neuromusculares, lesões medulares cervicais, traumatismo cranioencefálico, acidente vascular cerebral, infecções graves das vias aéreas superiores e outras condições que comprometam a permeabilidade da via aérea ou impeçam o desmame seguro da ventilação mecânica. Ela pode ser necessária tanto em caráter eletivo quanto de urgência. As indicações emergenciais incluem obstrução aguda das vias aéreas decorrente de tumores, edema, traumatismos, queimaduras, corpos estranhos ou outras condições que comprometam a ventilação. Já as indicações eletivas estão relacionadas à necessidade de proteção das vias aéreas durante procedimentos cirúrgicos de grande porte, ao manejo da ventilação mecânica prolongada, ao desmame difícil da ventilação invasiva, à paralisia bilateral das pregas vocais e à presença de tumores avançados da cabeça e do pescoço com risco de comprometimento respiratório. Nos casos de câncer de laringe avançado, a traqueostomia frequentemente integra o manejo perioperatório da laringectomia total, podendo ser realizada previamente em situações de obstrução iminente da via aérea ou constituir parte integrante do próprio procedimento cirúrgico.

Nos tumores malignos da tireoide, especialmente nos carcinomas localmente avançados com invasão ou compressão da traqueia e da laringe, a traqueostomia também pode ser indicada para assegurar a permeabilidade das vias aéreas. Essa necessidade é mais frequente nos carcinomas anaplásicos da tireoide e, menos frequentemente, nos carcinomas diferenciados ou medulares com extensão extratireoidiana avançada, podendo ser realizada tanto em caráter de urgência, diante de insuficiência respiratória iminente, quanto de forma eletiva como parte do planejamento cirúrgico ou do tratamento paliativo.

Cabe destacar que a realização da traqueostomia pode ocorrer tanto no contexto hospitalar quanto no atendimento pré-hospitalar, conforme protocolos da Rede de Atenção às Urgências, envolvendo Unidades de Suporte Básico e Avançado. Nessas situações, a

indicação do procedimento decorre da necessidade de assegurar uma via aérea definitiva diante de risco iminente de insuficiência respiratória, sendo posteriormente integrada ao planejamento terapêutico definitivo do paciente quando relacionada a doenças oncológicas.

É comum que muitas pessoas com traqueostomia, nas quais necessitam de ventilação mecânica para respirar, não realizem o desmame da ventilação em ambiente hospitalar, ou seja, não interrompam a necessidade de continuar precisando de equipamentos para respirar adequadamente.

O aspecto da traqueostomia no indivíduo pode ser brevemente ilustrado na Figura 1.

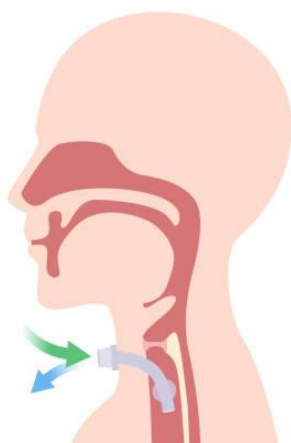


Figura 1: exemplificação visual de uma traqueostomia

Laringectomia

A laringectomia, por sua vez, é o procedimento cirúrgico que compreende a ressecção total ou parcial da laringe, com posterior secção da traqueia e sua anastomose à pele do pescoço, resultando na separação permanente das vias aéreas e do trato digestivo superior. A laringectomia pode ser classificada como parcial ou total, conforme a extensão da ressecção indicada para cada situação clínica. As pessoas submetidas à laringectomia total invariavelmente necessitam de traqueostomia definitiva, o que determina demandas de cuidado específicas e permanentes ao longo de toda a vida.

Tendo como principais fatores etiológicos o tabagismo e o etilismo, o câncer de laringe é uma das neoplasias malignas mais frequentes da região da cabeça e do pescoço, com predomínio marcante no sexo masculino. Do ponto de vista oncológico, constitui a principal indicação para a realização de laringectomia total, procedimento reservado, sobretudo, aos casos de doença localmente avançada ou recorrente em que a preservação do órgão não é factível. Além do carcinoma primário da laringe, a laringectomia total pode ser necessária em situações selecionadas de extensão tumoral para a laringe por neoplasias da hipofaringe, da orofaringe, da base da língua, da glândula tireoide e da traqueia cervical, bem como como procedimento de resgate após falha da radioterapia ou da radioquimioterapia. Em menor frequência, pode ainda ser indicada em casos de trauma

laríngeo irreparável, radionecrose extensa, estenose laringotraqueal grave refratária ao tratamento reconstrutivo, disfunção laríngea irreversível com aspiração crônica intratável e, excepcionalmente, em infecções ou outras afecções destrutivas da laringe que inviabilizem sua preservação.

Segundo dados da Estimativa 2026 de Incidência de Câncer no Brasil, publicada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), estima-se a ocorrência de 8.510 casos novos de câncer de laringe por ano no triênio 2026–2028, correspondendo a um risco estimado de 3,96 casos por 100 mil habitantes. Desses, 7.310 casos são esperados no sexo masculino, com taxa estimada de 7,00 casos por 100 mil homens, e 1.200 casos no sexo feminino, com taxa de 1,07 por 100 mil mulheres. A incidência entre os homens é aproximadamente seis a sete vezes superior à observada entre as mulheres, destacando-se as regiões Sul, Sudeste e Nordeste como aquelas de maior ocorrência.

Além do câncer de laringe, o câncer de orofaringe representa importante neoplasia da região da cabeça e do pescoço. De acordo com a Estimativa 2026 do INCA, são esperados 4.850 casos novos por ano no Brasil, correspondendo a um risco bruto de 2,25 casos por 100 mil habitantes. Desses, estima-se a ocorrência de 3.910 casos no sexo masculino, com taxa de 3,74 por 100 mil homens, e 940 casos no sexo feminino, com taxa de 0,83 por 100 mil mulheres, evidenciando incidência aproximadamente quatro vezes maior entre os homens, especialmente nas regiões Sul e Sudeste.

Embora o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas permaneçam como os principais fatores de risco para os tumores de cabeça e pescoço, a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), especialmente pelo subtipo HPV-16, é atualmente reconhecida como o principal fator etiológico de um subgrupo dos carcinomas espinocelulares da orofaringe, particularmente aqueles originados nas tonsilas palatinas e na base da língua. Estima-se que aproximadamente 70% a 80% dos carcinomas de orofaringe nos Estados Unidos estejam relacionados ao HPV, com tendência semelhante observada em diversos países europeus e, em menor magnitude, no Brasil, embora com importante variabilidade regional.

Do ponto de vista molecular, as oncoproteínas virais E6 e E7 promovem a inativação funcional das proteínas supressoras tumorais p53 e pRb, favorecendo a instabilidade genômica e a carcinogênese. A alteração da via de pRb resulta em superexpressão da proteína p16, utilizada como marcador substituto da infecção por HPV de alto risco. Os tumores HPV-positivos apresentam características clínicas e epidemiológicas distintas, acometendo frequentemente indivíduos mais jovens e com menor exposição ao tabagismo, além de apresentarem melhor resposta terapêutica, maiores taxas de controle locorregional e sobrevida global em comparação aos tumores HPV-negativos.

Quando essa moléstia é localmente avançada, volumosa ou associada a importante comprometimento cervical, o manejo dos carcinomas de orofaringe pode apresentar maior complexidade, incluindo risco de comprometimento das vias aéreas e necessidade de medidas de suporte, como a realização de traqueostomia em situações selecionadas, antes ou durante o tratamento oncológico.

O aspecto da laringectomia no indivíduo pode ser brevemente ilustrado na Figura 2.

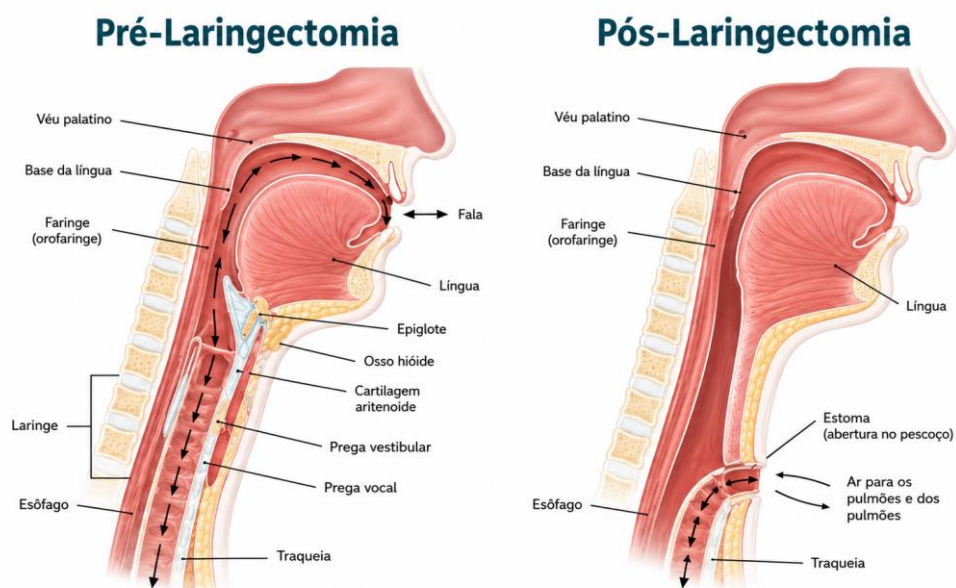


Figura 2: exemplificação visual de uma laringectomia

A vacinação contra o HPV constitui uma das principais estratégias de prevenção primária dos tumores relacionados ao vírus. Evidências demonstram redução significativa das infecções orais pelos tipos virais contemplados pelas vacinas, incluindo o HPV-16, com potencial impacto na redução futura da incidência dos carcinomas associados ao HPV. No Brasil, a vacinação contra o HPV integra o Programa Nacional de Imunizações (PNI), conforme as recomendações vigentes do Ministério da Saúde, estando respaldada pela Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação de 2026, pelas avaliações técnico-científicas da Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização (CGICI/DPNI), pelo Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação do PNI e pela Nota Técnica nº 41/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS. Além da prevenção, a determinação do status do HPV nos carcinomas de orofaringe possui relevância prognóstica e pode contribuir para o adequado planejamento terapêutico.

Um assunto relevante no tratamento do carcinoma espinocelular de laringe localmente avançado é a preservação laríngea, que busca evitar a laringectomia total sem comprometer o controle oncológico, preservando não apenas a integridade anatômica da laringe, mas principalmente suas funções de fonação, deglutição e proteção das vias aéreas objetivando a manutenção de uma laringe funcional sem dependência permanente de traqueostomia. Assim, a seleção dos pacientes candidatos ao tratamento preservador deve considerar não apenas a extensão anatômica do tumor, mas também a funcionalidade laríngea antes do início da terapêutica.

O conceito de preservação de órgão foi inicialmente estabelecido pelo Veterans Affairs Laryngeal Cancer Study Group, que demonstrou ser possível evitar a laringectomia total em pacientes selecionados sem prejuízo da sobrevida quando comparado ao tratamento cirúrgico. Posteriormente, o estudo RTOG 91-11 demonstrou que, em pacientes

com tumores glóticos e supraglóticos ressecáveis e elegíveis para preservação de órgão, a quimiorradioterapia concomitante com cisplatina proporcionou as maiores taxas de preservação laríngea quando comparada à radioterapia isolada ou à quimioterapia de indução seguida de radioterapia, sem diferença significativa na sobrevida global. Estudos posteriores que avaliaram a quimioterapia de indução seguida de quimiorradioterapia também não demonstraram benefício consistente em sobrevida global ou em preservação funcional da laringe em relação à quimiorradioterapia concomitante isolada. Dessa forma, a quimiorradioterapia concomitante permanece como a principal estratégia de preservação laríngea funcional em pacientes cuidadosamente selecionados, especialmente naqueles com tumores T3 ressecáveis, laringe funcional e ausência de extensa invasão cartilaginosa, enquanto a quimioterapia de indução permanece reservada a situações selecionadas e não constitui tratamento padrão.

Nem todos os pacientes apresentam uma laringe funcional ao diagnóstico. Em casos que há obstrução significativa da via aérea — frequentemente exigindo traqueostomia para manutenção da permeabilidade respiratória —, disfagia grave com episódios de aspiração, dependência de alimentação enteral, imobilidade ou fixação da laringe, perda importante da função fonatória ou invasão extensa da cartilagem tireoidea, da cartilagem cricoide e de tecidos extralaríngeos, a preservação anatômica da laringe raramente resulta em preservação funcional. Nesses cenários, a laringectomia total é a conduta que oferece melhor controle locorregional, menor risco de complicações e melhores possibilidades de reabilitação funcional. O tratamento adjuvante, será então indicado por critérios anatomopatológicos. Estratégias não cirúrgicas devem ser reservadas para situações excepcionais, como contraindicação clínica ao procedimento ou recusa da cirurgia, sempre após discussão em equipe multidisciplinar.

O tratamento do câncer de laringe e de outros tumores de cabeça e pescoço é multimodal e envolve, conforme indicação clínica, cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia, podendo essas modalidades ser utilizadas de forma isolada ou combinada. A determinação da melhor estratégia terapêutica deve ocorrer de acordo com a localização e extensão do tumor, estadiamento, grau histológico e possibilidade de ressecção cirúrgica, sendo essa decisão realizada de forma multidisciplinar, em discussão com equipe oncológica especializada. A quimioterapia pode ser empregue como tratamento neoadjuvante (pré-operatório), como tratamento de indução (antes da radioterapia), adjuvante (pós-operatório) ou de forma concomitante à radioterapia, que pode ser indicada tanto com intenção curativa quanto paliativa. Dessa forma, cabe ao gestor compreender esse cenário a fim de direcionar o adequado tratamento no território, considerando as diversas possibilidades terapêuticas disponíveis e a necessidade de acompanhamento oncológico especializado, preferencialmente em Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) ou Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) habilitados pelo SUS.

A trajetória assistencial da pessoa submetida à laringectomia ou traqueostomia geralmente tem início em uma instituição hospitalar, segue após a alta para a atenção domiciliar (AD) e, quando necessário, para cuidados ambulatoriais relacionados à reabilitação ou até mesmo para cuidados paliativos, destacando, desta forma, a necessidade da pessoa com laringectomia ou traqueostomia tem de transitar em diferentes níveis de atenção da rede

de atenção à saúde (RAS).



Cabe ao gestor local zelar pelo itinerário terapêutico da pessoa laringectomizada ou traqueostomizada, por meio do adequado direcionamento para os níveis de atenção necessários ao cuidado do indivíduo. Ter conhecimento aprofundado de quais programas estratégicos existem em cada um destes níveis dentro do território é essencial para orientação dos profissionais de saúde e do indivíduo.

Em relação à alta programada, como parte do processo de transição do cuidado entre o hospital e a atenção domiciliar, deve ser articulada de modo que a continuidade do cuidado possa ser transversal. Assim, a Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto coordenadora do cuidado, deve contar com a retaguarda dos outros pontos da RAS, a depender da complexidade que o caso exige, de modo a possibilitar a integralidade do cuidado. Ao se tratar de cuidados complexos em domicílio, as equipes do Programa Melhor em Casa (PMeC) passam a atuar como importante meio não somente em abordagem e reabilitação terapêutica, mas também em abordagem e reabilitação paliativa, ampliando a resolutividade da APS. Em territórios que contam com Unidades de Cuidado Intermediário (UCI), recomenda-se que a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) se dê entre as Equipes da APS, junto ao PMeC e à UCI, uma vez que estas últimas podem desenvolver ações semelhantes, potencializando o trabalho das equipes da APS. Quando o acompanhamento pós-alta hospitalar for conduzido pelo PMeC, a assistência deve contar com retaguarda de urgência e emergência, principalmente quando o desmame da cânula de traqueostomia for indicado.

Nesse período, a pessoa laringectomizada ou traqueostomizada necessita do acompanhamento de equipe multiprofissional para adaptação às novas condições de vida, incluindo aspectos relacionados à respiração, comunicação, alimentação, manejo da via aérea, cuidados com a cânula, higiene, prevenção de complicações e desenvolvimento progressivo da autonomia. A reabilitação da alimentação constitui uma etapa fundamental desse processo, considerando que uma parcela significativa dessas pessoas apresenta disfagia, necessidade temporária ou prolongada de dieta por via alternativa (como sonda nasointestinal ou gastrostomia) e, em alguns casos, restrição da alimentação por via oral após o procedimento. Nesse contexto, a atuação integrada da Fonoaudiologia e da Nutrição é essencial para avaliação da segurança da deglutição, prevenção de broncoaspiração, planejamento da reintrodução da via oral quando possível, adequação da consistência dos alimentos e garantia do suporte nutricional adequado.

O cuidado deve ser realizado de forma integrada por profissionais de diferentes áreas, incluindo ações terapêuticas, educativas e de reabilitação, além da garantia de acesso aos insumos necessários para a manutenção segura do cuidado no domicílio e nos demais pontos da rede. A continuidade do suporte nutricional, incluindo o fornecimento adequado de dietas enterais e dispositivos necessários quando indicados, deve ser assegurada pela rede de atenção, considerando seu impacto na recuperação funcional, na qualidade de vida e na

integralidade do cuidado.

No cuidado integral ao indivíduo, o gestor de saúde deve contar com todos os Programas e opções existentes no SUS, a exemplo de:

- (i) Programas e ações da SAPS: estratégia de saúde da família (ESF);
- (ii) Programas de transição do cuidado entre o hospital e a atenção domiciliar:
 - Programas Melhor em Casa (PMeC), para ofertar, em domicílio, os cuidados complexos na abordagem e reabilitação terapêutica e paliativa;
 - Unidades de Cuidado Intermediário (UCI), para a construção de um Projeto Terapêutico Singular junto ao PMeC;
 - Urgência e emergência, principalmente para quando houver indicação de desmame de ventilação mecânica, entre outros.
- (iii) Ações da Atenção Especializada no território conforme se aplique.



No cuidado integral ao usuário, o gestor de saúde deve contar com todos os Programas e opções existentes no SUS.

Além disso, destaca-se a importância de articulação entre os diversos setores no território, não apenas saúde, como também educação, trabalho, esporte, assistência social e lazer, para que, a depender das condições de saúde do indivíduo, ele possa também participar plenamente das atividades destes outros setores, principalmente para pessoas que necessitam viver com essa condição de forma definitiva.

Objetivos

Com a finalidade de servir de referência para os diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), na elaboração de linhas de cuidado nos territórios, no âmbito das Redes de Atenção à Saúde, às pessoas laringectomizadas ou traqueostomizadas, este documento apresenta os seguintes elementos:

1. As mínimas condutas e ofertas de cuidados frente às principais necessidades em saúde das pessoas laringectomizadas ou traqueostomizadas; e
2. A disposição e descrição dos principais pontos de atenção em que tais cuidados podem ser ofertados, a fim de que seja possível o uso racional da RAS, com fluxo lógico e organizado em rede, propiciando o planejamento apropriado dessas ações e o acesso oportuno por parte dos usuários.

Necessidades em saúde da pessoa laringectomizada ou traqueostomizada

Pessoas laringectomizadas ou traqueostomizadas enfrentam desafios significativos devido às alterações físicas, psicossociais e no modo de viver causadas por esses procedimentos. Diante das múltiplas dificuldades, é essencial que o cuidado a esses indivíduos seja planejado de maneira abrangente, considerando as diversas dimensões da vida.

É fundamental estruturar uma rede de cuidado composta por equipes multiprofissionais atuando de forma complementar, que possibilitem a continuidade do cuidado na RAS, antes e após a realização do procedimento de laringectomia ou traqueostomia. Além disso, é necessário assegurar o fornecimento adequado de insumos, materiais e dispositivos que facilitem o dia a dia do usuário laringectomizado ou traqueostomizado, melhorem sua qualidade de vida e previnam complicações, evitando internações hospitalares que sobrecarregam tanto o indivíduo quanto o sistema de saúde.

É igualmente necessário garantir acesso a consultas e medicamentos, programas de educação em saúde e capacitação para autocuidado de usuários, familiares e cuidadores, e serviços de reabilitação funcional ou paliativa, ambulatoriais ou domiciliares, com fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, apoio psicológico, entre outros.

A linha de cuidado deve ser alinhada à perspectiva da funcionalidade humana, promovendo ações de promoção da saúde, prevenção, reabilitação e abordagem em cuidados paliativos, sendo o cuidado centrado no indivíduo por meio de trabalho interdisciplinar.

É essencial que as redes de saúde estruturadas incluam recursos institucionais que promovam vínculos contínuos entre os profissionais e os usuários, facilitem a transição do cuidado entre diferentes níveis de atenção, disponibilizem materiais educativos para os usuários e as equipes de saúde, e ofereçam suporte adequado por meio de serviços de urgência e emergência.

Com a finalidade de compreender o cenário das necessidades e cuidados da população laringectomizada ou traqueostomizada, o Ministério da Saúde, por meio de seu Núcleo de Evidências, realizou levantamento de 22 estudos classificados como ensaios clínicos randomizados, selecionados por meio de busca qualificada, que avaliaram intervenções destinadas a essa população, com foco na redução de complicações e melhoria da qualidade de vida. Considerando que o cuidado à pessoa laringectomizada ou traqueostomizada deve ser organizado a partir da perspectiva da funcionalidade humana, conforme o modelo biopsicossocial da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), as necessidades assistenciais ultrapassam o manejo da via aérea e envolvem aspectos funcionais, psicossociais e de autonomia ao longo da trajetória de cuidado. Dessa forma, recomenda-se que gestores e serviços de saúde considerem, no planejamento da assistência, os seguintes domínios prioritários: via aérea e manejo do estoma; comunicação e reabilitação vocal; deglutição e nutrição; autocuidado e educação do usuário, familiares e cuidadores; saúde mental e reinserção social; e reabilitação e cuidados paliativos. Recomenda-se, portanto, aos gestores contar no momento oportuno,

com os seguintes recursos destinados ao cuidado prestado a esta população, sendo os principais:

- Trocadores de calor e umidade (HME) - Dispositivos que substituem a função de aquecer e umidificar o ar das vias respiratórias, melhorando sintomas pulmonares crônicos e qualidade de vida. Fixam-se ao estoma com adesivo hipoalergênico, e estão disponíveis em diferentes formatos para adaptação individual.
- Prótese de voz: Principal método de reabilitação vocal, com modelos de uso manual ou mãos livres. A escolha deve considerar fatores como conforto, fixação, qualidade vocal e risco de infecções, com apoio profissional para decisão personalizada.
- Produtos orais antimicrobianos: Incluem comprimidos, suspensões e enxaguantes bucais, eficazes na redução de infecções e prolongamento da vida útil das próteses. O enxaguante se destaca por ser fácil de usar e aliviar temporariamente a xerostomia.
- Colar cervical externo personalizado: Dispositivo moldável individualizado que auxilia na fala sem o uso das mãos, contribuindo para a reabilitação vocal e melhoria da qualidade de vida.
- Uso de medicamentos: Pode ser indicado para prevenir complicações associadas ao refluxo gástrico, como a colonização fúngica das próteses de voz, mas deve ser avaliado caso a caso.
- Adesivos hidrocolóides: Usados com válvulas e filtros sobre o estoma, são preferidos por usuários, especialmente idosos, devido ao conforto, ausência de irritação e boa vedação.
- Fórmulas nutricionais enterais e dispositivos para terapia nutricional.

Esses insumos podem reduzir as complicações e/ou melhorar a qualidade de vida, em que pese as limitações nas evidências disponíveis.

Elementos para a elaboração de linhas de cuidado

A elaboração de linhas de cuidado requer que o gestor compreenda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) em seu território, a qual integra serviços de diferentes complexidades para assegurar a integralidade do cuidado. Cabe ao gestor coordenar essa rede, promovendo atenção contínua, de qualidade e humanizada, com foco em acesso, equidade, eficácia e eficiência do sistema de saúde.

Para que isso seja possível, é necessário que o gestor local compreenda as necessidades gerais e específicas em saúde decorrentes de determinado caso clínico, que conheça o perfil do usuário e que reconheça em quais pontos da RAS o cuidado será realizado.

O esforço de organizar o SUS na perspectiva da RAS e da integralidade do cuidado objetiva integrar as políticas, os programas federais, estaduais, municipais e, principalmente, a junção dos serviços e das equipes de saúde, superando a fragmentação, para construir e fortalecer as redes de proteção e manutenção da saúde das pessoas.

Neste sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume um papel estruturante e central na RAS, sendo a porta de entrada preferencial do SUS, coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS. A organização dos serviços de atenção primária deve atender às necessidades da população compreendida no contexto do seu território, considerando o contexto familiar e comunitário onde o usuário está inserido, bem como os determinantes sociais que atravessam este indivíduo, possibilitando a oferta de um cuidado mais adequado às suas necessidades físicas e psicossociais. As equipes multiprofissionais da APS podem fornecer ações de cuidados específicos e orientações para o autocuidado apoiado, considerando as especificidades do indivíduo no seu contexto domiciliar e comunitário, possibilitando assim uma melhor adesão do usuário ao tratamento.



O gestor deve atentar-se a essas equipes de saúde em seu território, para que os profissionais responsáveis tanto pelo cuidado, quanto pelos encaminhamentos internos ou externos tenham clareza de suas funções e responsabilidades.

Além disso, o gestor deve considerar que o sucesso terapêutico envolve não apenas a sobrevida, mas também a qualidade de vida, o que reforça a importância da reabilitação e do cuidado longitudinal. Nesse sentido, a organização da RAS deve assegurar suporte multiprofissional, bem como estratégias de apoio à comunicação e inclusão social dos usuários.

A população laringectomizada e traqueostomizada é amparada por diferentes atos normativos, como a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES). A Portaria GM/MS Nº 3.681, de 07/05/2024, que, por sua vez, institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP, no âmbito do SUS, apresenta como uma de suas diretrizes a melhoria do curso da doença e reconhecimento do sofrimento em suas dimensões física, psicoemocional, espiritual e social também contempla as necessidades de pessoas com estomia.

Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, entre outras, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas com equipe multiprofissional e dirigidas à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A APS desempenha papel central e estruturante no SUS. Por ser a porta de entrada preferencial do sistema, a APS proporciona o primeiro contato e acolhimento do usuário e sua família no seu território, além de exercer o papel de coordenadora do cuidado e

ordenadora da RAS, possibilitando o acompanhamento contínuo e o manejo adequado às demandas biopsicossociais da população. Para tanto, a APS conta, sempre que necessário, com a retaguarda dos serviços de Atenção Especializada, por meio do apoio matricial e cuidado compartilhado, de modo a garantir maior resolutividade do cuidado.

Um dos importantes pilares para desempenhar esse papel é a coordenação do cuidado, que envolve elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, com objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral, articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais (BRASIL, 2021).

Outro pilar é a ordenação da rede, a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades dessa população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações e a programação dos serviços de saúde sejam pautados nessas necessidades (BRASIL, 2021).

A proximidade e reconhecimento do território oferece às equipes da APS a capacidade de identificar as condições de vida e de saúde da população, compreendendo os espaços sociais, as diferentes realidades, valores, crenças e práticas estabelecidas na comunidade, possibilitando a oferta de um cuidado mais sensível às diversidades culturais e sociais de determinada comunidade e localidade. Ao mesmo tempo, a APS desempenha papel estratégico na abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), os quais influenciam não apenas a situação de saúde como também o processo de cuidado.

No cuidado à pessoa laringectomizada ou traqueostomizada, esses atributos são essenciais para fortalecer o vínculo entre profissionais e usuários e garantir acompanhamento contínuo, acolhimento e manejo adequado das necessidades biopsicossociais destes indivíduos e seus familiares. Assim, as equipes multiprofissionais da APS atuam no acompanhamento em nível domiciliar e comunitário provendo cuidado aos usuários, cuidadores e familiares, orientações para a promoção da saúde e autocuidado apoiado, facilita o acesso a insumos e orientações, além de articular o cuidado com os serviços da atenção especializada, quando necessário. Assim, a Atenção Primária contribui para a prevenção de complicações, reabilitação, melhoria da qualidade de vida e redução de internações evitáveis, reafirmando seu papel central na coordenação do cuidado integral e humanizado.

Ademais, para garantir o cuidado integral a pessoas laringectomizadas ou traqueostomizadas, é essencial a atuação de profissionais de saúde bucal em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB). O cuidado odontológico deve envolver ações contínuas de promoção, prevenção e tratamento, com foco no controle da microbiota bucal e na higiene adequada. Acompanhamento regular com dentistas, uso de produtos específicos como saliva artificial e géis hidratantes, e reabilitação fonoaudiológica são estratégias essenciais para reduzir riscos e melhorar a qualidade de vida desses usuários.

Atenção Especializada à Saúde Ambulatorial

A Atenção Especializada à Saúde contribui para a estratégia de cuidado por meio de ações e serviços de saúde ofertados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) que é definida como um arranjo organizacional de ações e serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e administrativo, buscando garantir uma atenção integral para todas as pessoas.

A pessoa deve ser atendida prioritariamente no serviço mais próximo de sua residência ou no território de apoio, que funcione segundo a lógica territorial, de acordo com critérios de encaminhamento, a partir de parâmetros clínicos e de capacidade estrutural de atendimento de cada Unidade de Saúde, mantendo o vínculo com a unidade de origem/referência na Atenção Primária à Saúde. A continuidade do cuidado integral depende de uma rede integrada, onde todos os pontos de atenção — como unidades ambulatoriais, serviços credenciados, Policlínicas, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção a Doenças Crônicas, Rede de Urgência e Emergência, entre outras — trabalham de maneira coordenada para oferecer o suporte e o cuidado necessário. Essas Redes temáticas têm funções específicas que, quando interligadas, formam uma abordagem ampla e eficaz, qualificando as estratégias de cuidado. Essa organização contribui para o acompanhamento contínuo e humanizado que atenda às necessidades de saúde dos usuários, promovendo uma atenção de qualidade em todas as esferas. É importante promover o acesso aos serviços ambulatoriais da Atenção Especializada à Saúde, levando em consideração a distância desses dispositivos dos locais de residência dos usuários, visando garantir o acesso e o transporte, quando necessário, bem como a gestão das filas de espera para consultas especializadas.

Do ponto de vista de acesso aos serviços de reabilitação ambulatorial, o usuário deverá primeiramente procurar a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência, para ser avaliado pela equipe da Atenção Primária à Saúde e, conforme necessário, ser encaminhado para avaliação e atendimento por uma equipe multiprofissional do serviço de reabilitação, que realizará o acolhimento e a avaliação do usuário, bem como a elaboração do Projeto Terapêutico Singular, com vistas a atender às necessidades específicas da pessoa, de acordo com sua condição clínica e funcional.

Dessa forma, considerando a organização local e a necessidade de encaminhamento das pessoas traqueostomizadas e laringectomizadas para unidades especializadas e de reabilitação, deve-se considerar no território o encaminhamento do usuário a ambulatórios especializados, clínicas ou policlínicas credenciadas, unidades de reabilitação ou Centros Especializados em Reabilitação no contexto da RAS. A gestão local deve então ofertar aos usuários o cuidado necessário considerando os equipamentos de saúde disponíveis conforme a organização da RAS em seu território.

Nesse sentido, as unidades de reabilitação da RAS podem auxiliar no processo de cuidado à pessoa com estomia ofertando assistência especializada de natureza interdisciplinar. Conforme organização e pactuação local, esses serviços devem realizar atividades com ênfase na orientação para o autocuidado, na prevenção de complicações nas estomias, no acompanhamento para a possibilidade de reversão da estomia, no fornecimento de materiais coletores e adjuvantes de proteção, na segurança e autonomia da pessoa, considerando a necessidade de educação permanente dos profissionais.



Figura 3: Unidades de cuidado no âmbito da atenção especializada para atendimento da pessoa traqueostomizada e laringectomizada.

Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) visa à reordenação da atenção à saúde em situações de urgência e emergência, de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção. Por meio de seus componentes — Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, Salas de Estabilização (SE), Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e Centrais de Regulação das Urgências (CRU) — realiza o atendimento de usuários em situações agudas ou crônicas agudizadas, os quais são estabilizados e, conforme o caso, referenciados ou contrarreferenciados às unidades adequadas.

Nos casos de atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h, o usuário poderá chegar por demanda espontânea ou por encaminhamento regulado, inclusive por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) ou de outros serviços de transporte sanitário disponíveis no território. Após o acolhimento com classificação de risco, o usuário será avaliado e submetido às condutas clínicas necessárias, sendo encaminhado à unidade hospitalar de referência, ao serviço de Atenção Domiciliar ou a outro ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme a complexidade do quadro e as necessidades assistenciais.

Nas intercorrências ocorridas em ambiente extra-hospitalar, quando houver acionamento do SAMU 192, a equipe realizará o atendimento pré-hospitalar, incluindo avaliação, estabilização clínica e encaminhamento do usuário para a UPA 24h, unidade hospitalar ou outro serviço de referência definido pela Central de Regulação das Urgências, de acordo com a gravidade do caso e os fluxos assistenciais do território.

Os trabalhadores dos serviços de urgência devem ser capacitados e preparados rotineiramente para o atendimento aos usuários laringectomizados e/ou traqueostomizados para que estejam aptos a realizar os procedimentos necessários e fornecer orientações sobre o cuidado ao usuário e à família, bem como realizar o procedimento de traqueostomia, sendo o médico cirurgião o mais indicado, quando surge a indicação a partir da necessidade de medidas urgentes para desobstrução das vias aéreas, garantindo a ventilação assistida e a higiene brônquica (CORBETT et al., 2007).

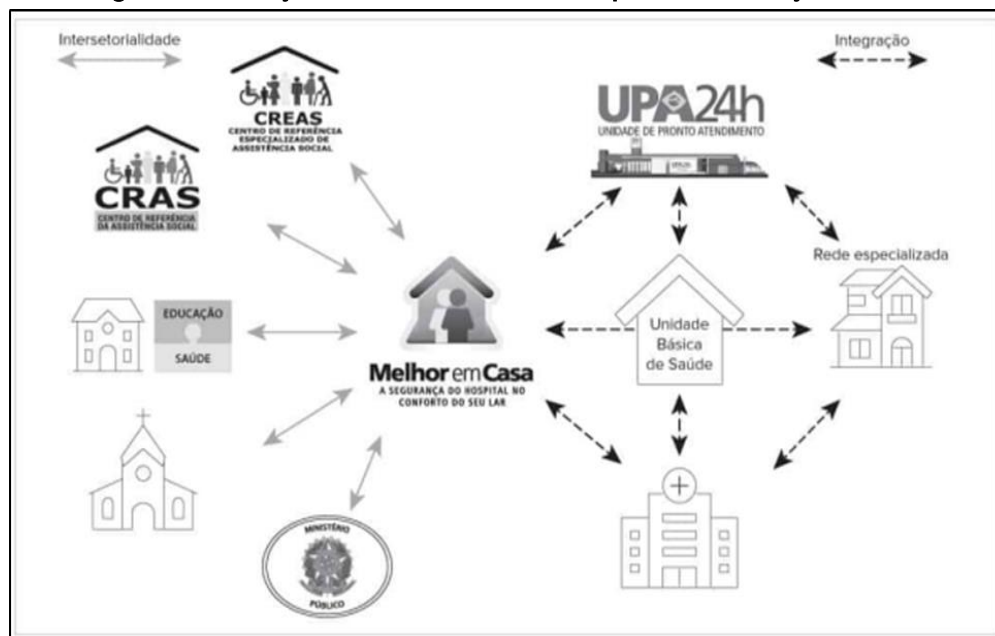
Atenção Domiciliar (AD)

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção integrada RAS, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, cuidados paliativos e promoção da saúde prestados em domicílio e que, desse modo, promove a integralidade do cuidado em diversos setores do SUS, desde a vigilância epidemiológica, até o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as equipes da APS.

No âmbito do SUS e em nível da atenção especializada, a AD é representada pelo Programa Melhor em Casa (PMeC) que, por sua vez, possui a finalidade de promover a

continuidade do cuidado pré e pós-hospitalar dos usuários em situações agudas, crônicas agudizadas e complexas, tendo como diretriz central a articulação com os serviços da RAS, os fluxos de admissão e alta em atenção domiciliar (AD).

Figura 4 - Interação do PMeC com os outros pontos de atenção da RAS



Fonte: Savassi et al, 2022.

O PMeC atua como ponto de atenção na transição do cuidado ao promover a integração e a intersetorialidade; fomenta a operacionalização das equipes, além de ampliar o acesso a especialistas e ao monitoramento da assistência em nível domiciliar por meio da telessaúde. A portaria vigente do programa é a Portaria GM/MS Nº 3.005, de 02 de janeiro de 2024.

Assim, o gestor deve promover a habilitação das equipes PMeC, conforme o perfil local, assegurando suporte multiprofissional, continuidade do cuidado e integração com a APS. Sendo as equipes: Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) e Equipe Multiprofissional de Apoio à Reabilitação (EMAP-R).



O PMeC é um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) que promove o acesso especializado de acordo com a frequência de visitas domiciliares e de atuação multiprofissional (AD2 e AD3). Desse modo, o Projeto Terapêutico Singular deve sempre ser compartilhado com a APS (AD1), uma vez que assume o papel da coordenação do cuidado em rede.

O PMeC se apresenta como importante ponto de AD na RAS para acompanhamento, assistência especializada e cuidados paliativos, matriciamento e transição do cuidado para pessoas laringectomizadas ou traqueostomizadas. Embora não esteja implantado em todo o território nacional, vale ressaltar que todos os municípios podem solicitar habilitação das equipes com tipologias específicas por recorte populacional (tabela 1).

Tabela 1: Critérios para ampliação do PMeC por recorte populacional

EMAD I	Entre 40.000 e 100.000 habitantes (a cada 100.000 mais uma EMAD).
EMAD II	Entre 20.000 e 39.999 habitantes (consorciados que somarem este recorte são incluídos).
EMAP	Uma para cada EMAD, podendo ser ampliada a cada três EMAD tipo 1.
EMAP-R	Até 19.999 habitantes.

Fonte: Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024

Após o procedimento cirúrgico, realizado em ambiente especializado (de caráter hospitalar), e a depender do diagnóstico e objetivos terapêuticos, uma equipe multidisciplinar determina o plano terapêutico e, a partir da inclusão da família, o Projeto Terapêutico Singular (PTS).



A oferta do cuidado domiciliar especializado (PMeC) tem como finalidade promover a redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou do período de permanência de usuários internados, contribuir nos processos de desinstitucionalização e otimizar tanto recursos financeiros quanto estruturais da RAS.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) deve ser construído e compartilhado entre os serviços, incluindo metas terapêuticas, orientações para cuidadores e estratégias de monitoramento, com base na realidade e capacidade instalada do território.

Uma importante estratégia para potencializar a assistência domiciliar a estas pessoas, por meio do PMeC, é a Telessaúde. Cada município que possui o programa habilitado pode contar com um ponto de telessaúde oportunizando a assistência. A Telessaúde amplia o acesso a especialistas, promove teleconsultorias, capacitação das equipes e monitoramento remoto do cuidado.

A Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024 apresenta os critérios para habilitação de equipes e de implantação da Telessaúde.

Desse modo, as equipes da AD determinam o momento da transição do cuidado, ao

considerar que a linha de cuidado integrado deve ser transversal em toda a RAS, tendo como base a APS.

Cuidados Paliativos

A Portaria GM/MS Nº 3.681, de 7 de maio de 2024, que institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP, no âmbito do Sistema Único de Saúde, definindo cuidados paliativos como ações de cuidado que visam identificar e assistir o sofrimento atrelado a uma condição de saúde grave, com foco na melhor qualidade de vida possível à pessoa, seus familiares e rede de apoio.



Figura 5 Objetivos da PNCP – Fonte: MS 2024

A PNCP prevê incentivo financeiro para custeio federal de duas novas equipes a serem habilitadas para apoio à RAS na assistência em cuidados paliativos em rede, a Equipe Macrorregional de Cuidados Paliativos (EMCP), de caráter macrorregional, e a Equipe de Apoio Assistencial em Cuidados Paliativos (EAACP), que realiza ações de cuidados paliativos no âmbito do estabelecimento de saúde onde está vinculada.

No caso de pessoas laringectomizadas ou traqueostomizadas, é importante destacar o manejo dos sintomas de hipersecreção de vias aéreas e sialorreia, dor e a reabilitação paliativa, em especial comunicação assistiva. Nos casos em que houver dependência de suporte ventilatório, também devem ser contemplados o manejo e a manutenção dos dispositivos utilizados para ventilação mecânica domiciliar, quando indicados.

Os critérios para habilitação de equipes da PNCP são apresentados na tabela 2:

Tabela 2: Características das equipes da PNCP		
	EMCP	EAACP
Abrangência	1 equipe por território com até 500 mil habitantes	1 equipe por território com até 400 leitos SUS

Composição mínima (além da equipe mínima podem ser inseridos outros profissionais).	Médico, Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social	Médico, Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social e Técnicos de enfermagem
Função	Estimular, capacitar e apoiar as equipes da RAS na realização de CP	Acompanhamento de pessoas em CP e retaguarda assistencial
Incentivo financeiro	Consultar portaria vigente	

Fonte: Portaria GM/MS N° 3.681, de 07 de maio de 2024

Custeio, insumos e equipamentos na Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos

Cada tipo de recurso possui uma aplicação específica, alinhada às necessidades da administração pública e às prioridades estabelecidas pelo orçamento. A Portaria N° 448, de 13 de setembro de 2002, define as diretrizes para a execução desses recursos, assegurando que os fundos sejam utilizados corretamente para as finalidades previstas.

O SAD/PMeC do município ou equipes de cuidados paliativos que prestam atenção a estas pessoas recebem um incentivo financeiro para custeio conforme a Portaria GM/MS N° 3.005, de 2 de janeiro de 2024, que altera a Portaria de Consolidação N° 6, de 28 de setembro de 2017. A execução do PMeC é tripartite, sendo de responsabilidade do ente federal, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, conforme o Art. 545-B da portaria vigente.

É importante que as equipes do PMeC identifiquem a necessidade da utilização dos insumos indispensáveis para a garantia do atendimento e da assistência às pessoas laringectomizadas ou traqueostomizadas, e solicitem junto à gestão municipal a aquisição desses insumos por meio do incentivo financeiro destinado ao custeio do PMeC.

Este incentivo é encaminhado aos fundos municipais de saúde e cabe aos responsáveis pelos programas realizarem a gestão de demanda e organização do recurso financeiro. Em suma, cabe ao gestor municipal realizar um diagnóstico situacional do PMeC para uso do recurso/incentivo financeiro com foco no perfil das pessoas atendidas e suas necessidades por meio de um planejamento estratégico e orçamentário para aquisição e oferta dos insumos.

O financiamento do PMeC e da PNCP ocorre via Teto de Média e Alta Complexidade (MAC), sendo que parte desses recursos cobre os insumos e o custeio das equipes. Assim, após o planejamento estratégico e operacional recomendado, os gestores podem utilizar o Teto MAC para adquirir insumos necessários ao cuidado das pessoas vinculadas ao programa, como laringectomizadas ou traqueostomizadas, além de organizar estoques e garantir que o atendimento domiciliar seja efetivo. Há acréscimo de 30% do incentivo financeiro de base para território da Amazônia Legal.

Dessa forma, a Portaria GM/MS N° 3.005, de 2 de janeiro de 2024, e a Portaria GM/MS N° 3.681, de 7 de maio de 2024, apresentam recursos de suporte financeiro necessário para que o PMeC assegure um atendimento integral às pessoas laringectomizados ou traqueostomizados que necessitam de cuidados de média e alta complexidade no domicílio, integrando APS e SAD/PMeC para um cuidado humanizado e eficiente.

Componentes de alta complexidade e transferência de cuidados

O componente hospitalar desempenha um papel central na linha de cuidado do pessoa laringectomizada ou traqueostomizada, sendo o local onde se concentra a assistência de maior complexidade e onde, frequentemente, ocorre a indicação e realização do procedimento.

A atuação do componente hospitalar para esses usuários deve ser organizada em torno das necessidades do usuário, com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) destaca que "a clínica ampliada e a gestão clínica constituem os pilares do cuidado, sendo essencial a implementação de equipes multiprofissionais de referência."

Recomenda-se instituir uma equipe multidisciplinar dedicada aos pacientes laringectomizados ou traqueostomizados com composição adaptada aos recursos locais, envolvendo, de forma coordenada, especialidades médicas, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição, psicologia, serviço social, farmácia, odontologia hospitalar e qualidade e segurança. Evidências corroboram a inclusão dessa equipe como estratégia de manejo de pessoas adultas traqueostomizadas pode reduzir o tempo de internação e as complicações relacionadas à traqueostomia.

É importante que a assistência hospitalar também se organize a partir de protocolos clínico-assistenciais claros, equipe multiprofissional treinada e um plano de transferência do cuidado pactuado desde a admissão.

A alta deve ser planejada por uma equipe multiprofissional, de forma individualizada, com orientações de autocuidado claras e por escrito, além da articulação com a Atenção Especializada Ambulatorial, Atenção Primária à Saúde (APS) e/ou a Atenção Domiciliar (AD), incluindo, quando necessário, os encaminhamentos para garantir a continuidade do cuidado.

Responsabilidades gerenciais e administrativas dos níveis de gestão do SUS

A Secretaria Estadual de Saúde deve ser responsável por elaborar as Diretrizes para a Atenção à Saúde de Pessoas Laringectomizadas ou Traqueostomizadas na esfera estadual para os diferentes níveis de atenção da RAS, observando a organização ascendente a partir dos municípios e o grau de complexidade dos serviços, bem como realizar a projeção orçamentária e as ações de responsabilidade estadual a serem descritas no plano anual de saúde e na programação financeira.

É dever da gestão local implantar, implementar, coordenar, monitorar e avaliar os serviços nas diferentes regiões de saúde e municípios pertencentes à sua abrangência, garantindo o cumprimento das Diretrizes estabelecidas para cada entidade e a integração da rede com base nos princípios do SUS. A gestão local fica responsável por avaliar e emitir pareceres técnicos, assim como subsidiar a compra e supervisionar a distribuição, para as regionais, dos materiais e insumos necessários e disponíveis pelo SUS que sejam pertencentes

à sua esfera e que possam auxiliar na proteção e segurança do usuário, assim como regular processos de solicitação de insumos, de ingresso em serviços especializados e de judicialização.

Cabe à Secretaria Estadual de Saúde, apoiar e avaliar os municípios componentes da sua região no cumprimento das Diretrizes e na concretização das ações e orçamento propostos, auxiliar na gerência, guarda e concessão dos insumos e materiais a serem utilizados, mantendo estreita parceria com as Secretarias Municipais de Saúde para a resolução das dificuldades referentes a atendimento ou fluxos na sua região.

São atribuições da Secretaria Municipal de Saúde garantir o cuidado integral às pessoas laringectomizadas ou traqueostomizadas, encaminhando-as conforme os fluxos pactuados para solicitação de reabilitação fonatória, pulmonar e funcional às unidades de saúde capacitadas a desenvolvê-las, bem como garantir visitas domiciliares para indivíduos impossibilitados de sair de casa.

À gestão local do SUS cabe, também, a contratação de todos os profissionais envolvidos na linha de cuidado, a divulgação da estrutura do serviço prestado, a aquisição, distribuição e faturamento de insumos, materiais e equipamentos junto à Regional de Saúde, a orientação a usuários e familiares sobre o preenchimento, tipo de documentação e encaminhamento corretos de solicitações de serviço e insumos, a análise e racionamento das indicações e prescrições dos insumos e exames, a capacitação das pessoas e cuidadores sobre processos de autocuidado e manejo de situações de emergência, bem como a garantia de serviços de socorro móvel e de retaguarda em situações de emergência e piora do quadro clínico. São atribuições do município instituir os fluxos para viabilizar o cuidado de pessoas laringectomizadas ou traqueostomizadas que façam uso de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) e Ventilação Mecânica Invasiva (VMI).

Todas as instâncias são responsáveis por promover treinamento e capacitação dos profissionais e serviços tanto para esclarecimento de encaminhamentos e fluxos quanto para a qualificação profissional, além de documentar e divulgar padronização das condutas utilizadas no tratamento.

A atuação integrada e multidisciplinar é fundamental no cuidado de indivíduos laringectomizados ou traqueostomizados, devido à complexidade dessas condições, que envolvem múltiplos aspectos da saúde física e emocional. A Lei 8080/90, que regula o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece o direito à saúde como universal, com garantia de acesso integral, igualitário e de qualidade, além de destacar a importância da articulação e coordenação dos serviços para assegurar uma atenção contínua. Nesse contexto, a formação de equipes multidisciplinares é essencial para oferecer cuidados especializados e individualizados, com base em condutas padronizadas, protocolos bem definidos e capacitação constante dos profissionais. Dessa forma, o SUS promove um atendimento humanizado e eficiente, alinhado às necessidades dos usuários.

No cuidado às pessoas laringectomizadas ou traqueostomizadas, a atuação integrada de uma equipe multiprofissional é essencial. Essa abordagem multidisciplinar visa garantir que o indivíduo laringectomizado ou traqueostomizado tenha acesso a cuidados integrados,

eficientes e humanizados, como estabelecido pela Lei 8080/90. A saúde integral dos usuários é promovida por meio da colaboração entre os profissionais de diferentes áreas, que atuam juntos para proporcionar um atendimento de qualidade, garantindo o melhor acompanhamento possível e promovendo a recuperação física, emocional e social.

Cabe ao gestor dos serviços de saúde coordenar e direcionar as ações conforme os protocolos de atuação profissional estabelecidos pelos conselhos de cada área de atuação (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, farmacêuticos, entre outros), observando as diretrizes, normativas e regulamentações locais que envolvem cada especialidade. Contudo, é fundamental que o gestor também considere as características geográficas e as especificidades da população atendida na "Região de abrangência dos serviços de saúde". Em muitas regiões do Brasil, especialmente nas mais remotas e carentes, há escassez de profissionais especializados, o que exige um planejamento estratégico adequado para alocar os recursos disponíveis de forma eficiente. O gestor, portanto, deve direcionar as equipes conforme as competências dos profissionais presentes na região, ajustando as estratégias de atendimento à realidade local e buscando otimizar o serviço, garantindo que todos os usuários, independentemente de sua localização, recebam um cuidado digno e adequado.

Os municípios devem zelar pela adequada utilização das indicações clínicas de dispositivos coletores e adjuvantes de proteção e segurança para pessoas com estomia; efetuar o acompanhamento, o controle e a avaliação que permitam garantir o adequado desenvolvimento das atividades previstas para a assistência às pessoas com estomia; promover a educação permanente de profissionais na Atenção Básica, média e alta complexidade. Assim, compartilhar cuidados é responsabilizar o processo do cuidado entre os profissionais e o sujeito sob o cuidado e sua família.

O cuidado deve desenvolver ações com foco no respeito à individualidade, à autonomia e à independência, com estímulo à escuta e ao estabelecimento de vínculo, favorecendo a autoestima e objetivando a busca pela integralidade e a produção de melhor qualidade de vida para as pessoas com estomias.

Considerações finais

Considerando a importância do cuidado e os desafios enfrentados pelas pessoas laringectomizadas ou traqueostomizadas, bem como por seus cuidadores e familiares, e com o objetivo de garantir os melhores resultados possíveis para esses usuários, o Ministério da Saúde elaborou este documento orientador.

O objetivo é fornecer diretrizes para que os gestores de saúde desenvolvam suas linhas de cuidado em suas redes locais, de acordo com os diversos programas e políticas públicas existentes no SUS, que devem ser considerados na elaboração do documento, visando o cuidado integral às pessoas laringectomizadas ou traqueostomizadas.

VERSÃO PRELIMINAR

Referências

- AMIN, M. B. et al. (Ed.). *AJCC Cancer Staging Manual*. 8. ed. New York: Springer, 2017.
- ANG, K. K. et al. Human papillomavirus and survival of patients with oropharyngeal cancer. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 363, n. 1, p. 24-35, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023*. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 19 out. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Domiciliar: cuidados em terapia nutricional*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. *Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. *Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2026*. Brasília: Ministério da Saúde, 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. *Nota Técnica nº 41/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS: atualização das recomendações para vacinação contra o HPV no âmbito do Programa Nacional de Imunizações*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
- BRASIL. Presidência da República. *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). *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 7 jul. 2015.
- BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024*. Institui a Política Nacional de Cuidados. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 24 dez. 2024.
- BRASPEN – SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL. *Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente adulto hospitalizado*. São Paulo: BRASPEN, 2023.
- BURTNESS, B. et al. Perioperative pembrolizumab plus standard of care for resectable locally advanced head and neck squamous cell carcinoma. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 393, n. 4, p. 322-335, 2025.
- CHATURVEDI, A. K. et al. Human papillomavirus and rising oropharyngeal cancer incidence in the United States. *Journal of Clinical Oncology*, Alexandria, v. 29, n. 32, p. 4294-4301, 2011.
- CHATURVEDI, A. K. et al. Effect of prophylactic human papillomavirus vaccination on oral HPV infections among young adults in the United States. *Journal of Clinical Oncology*, Alexandria, v. 36, n. 3, p. 262-267, 2018.

CHEUNG, N. H.; NAPOLITANO, L. M. Tracheostomy: epidemiology, indications, timing, technique, and outcomes. *Respiratory Care*, Dallas, v. 59, n. 6, p. 895-919, 2014.

CLAVÉ, P.; SHAKER, R. Dysphagia: current reality and scope of the problem. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, London, v. 12, p. 259-270, 2015.

COHEN, E. E. W. et al. Phase III randomized trial of induction chemotherapy in patients with N2 or N3 locally advanced head and neck cancer. *Journal of Clinical Oncology*, Alexandria, v. 32, n. 25, p. 2735-2743, 2014.

FORASTIERE, A. A. et al. Concurrent chemotherapy and radiotherapy for organ preservation in advanced laryngeal cancer. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 349, n. 22, p. 2091-2098, 2003.

FORASTIERE, A. A. et al. Use of larynx-preservation strategies in the treatment of laryngeal cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*, Alexandria, v. 36, n. 11, p. 1143-1169, 2018.

FUNG, K.; LYDIATT, W. M.; RIDNER, S. H. *Head and Neck Cancer: A Multidisciplinary Approach*. 5. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2021.

GILLISON, M. L. et al. Evidence for a causal association between human papillomavirus and a subset of head and neck cancers. *Journal of the National Cancer Institute*, Bethesda, v. 92, n. 9, p. 709-720, 2000.

GILLISON, M. L. et al. Radiotherapy plus cetuximab or cisplatin in HPV-positive oropharyngeal cancer (NRG Oncology RTOG 1016). *The Lancet*, London, v. 393, n. 10166, p. 40-50, 2019.

GILLISON, M. L.; CHATURVEDI, A. K.; ANDERSON, W. F.; FAKHRY, C. Epidemiology of human papillomavirus-positive head and neck squamous cell carcinoma. *Journal of Clinical Oncology*, Alexandria, v. 33, n. 29, p. 3235-3242, 2015.

HADDAD, R. et al. Induction chemotherapy followed by concurrent chemoradiotherapy (PARADIGM): a phase 3 randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*, London, v. 14, n. 3, p. 257-264, 2013.

HAUGEN, B. R. et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*, New Rochelle, v. 26, n. 1, p. 1-133, 2016.

HEFFERNER, J. E. Medical indications for tracheotomy. *Chest*, Glenview, v. 127, n. 5, p. 1863-1869, 2005.

HERRERO, R. et al. Reduced prevalence of oral human papillomavirus four years after bivalent HPV vaccination in Costa Rica. *PLoS One*, San Francisco, v. 8, n. 7, e68329, 2013.

HUTCHESON, K. A. et al. Rehabilitation of swallowing and communication in head and neck cancer survivors. *Seminars in Radiation Oncology*, Philadelphia, v. 32, n. 1, p. 44-53, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2025.

LEWIS, J. S. Jr. et al. Human papillomavirus testing in head and neck carcinomas: guideline from the College of American Pathologists. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, Northfield, v. 142, n. 5, p. 559-597, 2018.

LOGEMANN, J. A. Evaluation and treatment of swallowing disorders. *American Journal of Speech-Language Pathology*, Rockville, v. 3, p. 41-44, 1994.

MACHIELS, J.-P. et al. Squamous cell carcinoma of the head and neck: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, Oxford, v. 31, Suppl. 12, p. 1462-1475, 2020.

McGRATH, B. A. et al. Multidisciplinary guidance for safe tracheostomy care. *Anaesthesia*, London, v. 75, n. 12, p. 1659-1670, 2020.

MEHANNA, H. et al. Radiotherapy plus cisplatin or cetuximab in low-risk HPV-positive oropharyngeal cancer (De-ESCALaTE HPV). *The Lancet*, London, v. 393, n. 10166, p. 51-60, 2019.

MITCHELL, R. B. et al. Clinical Practice Guideline: Tracheostomy in Children (Executive Summary). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, Alexandria, v. 158, n. 2, p. 197-210, 2018.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Head and Neck Cancers*. Version 2.2026. Plymouth Meeting, PA: NCCN, 2026.

PFISTER, D. G. et al. Head and Neck Cancers, version 2.2020, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, Plymouth Meeting, v. 18, n. 7, p. 873-898, 2020.

SHAH, J. P.; PATEL, S. G.; SINGH, B. *Jatin Shah's Head and Neck Surgery and Oncology*. 5. ed. Philadelphia: Elsevier, 2020.

SMALLRIDGE, R. C. et al. American Thyroid Association guidelines for management of patients with anaplastic thyroid cancer. *Thyroid*, New Rochelle, v. 31, n. 3, p. 337-386, 2021.

VETERANS AFFAIRS LARYNGEAL CANCER STUDY GROUP. Induction chemotherapy plus radiation compared with surgery plus radiation in patients with advanced laryngeal cancer. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 324, n. 24, p. 1685-1690, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: World Health Organization, 2001.