

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)
Reunião nº 5 de 12/12/2018 – Auditório I do prédio sede do INCA

Participantes:

Ana Cristina Pinho - Diretora Geral /INCA
Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro - ABRASCO
André Filipe Junqueira dos Santos – ANCP
Cristhiane da Silva Pinto - ANCP
Luiz Antônio Negrão – CMB
Alexandre Ferreira Oliveira - SBCO
Raquel de Souza Ramos – SBEO
Cristiane S. Vaucher - SBEO
Nivaldo Barroso Pinho – SBNO
Sergio Daniel Simon – SBOC
Arthur Accioly Rosa – SBRT
Marcus Castilho – SBRT
Marcelo Milone - SOBOPE
Mario Jorge Sobreiro – SOBRAFO
Pascoal Marracini – ABIFICC
Neiro Motta – CMB
Maria Inez Gadelha - SAS/MS

Ausências justificadas:

Carlos Sergio Chiattonne – ABHH
José Getúlio Segalla – ABRC
José Eluf Neto – FOSP
Nelson Hamerschlak - SBTMO
Humberto Luciano Souza – ABIFICC
Mônica Almeida Neri - ABRAHUE
Rodolfo Acatauassú – ABRAHUE
Mauro Guimarães Junqueira – CONASEMS

Leonardo Moura Vilela - CONASS
Marcelo Oliveira Barbosa – DAHU/SAS/MS
Mariana Gomes de Almeida –DAET/SAS/MS
Camile Sachetti – DECIT/SCITIE
Vânia Canuto – DGITS/CONITEC/SCITIE
Paula Jonhs – CNS
Zaira Maria Tronco Salermo – CNS
Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro – CNS

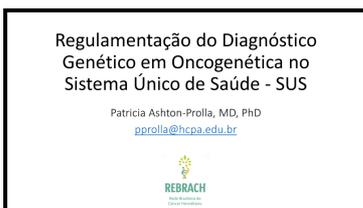
Convidados INCA:

Ailse R. Bittencourt - GAB/INCA
Gelcio Mendes – COAS/INCA
Mauro Musa Zamboni – COENS/INCA
João Viola – CPQ/INCA
Marise Rebelo - CONPREV/INCA
Luiz Fernando Nunes – HCII/INCA
Patrícia Jucá – HC III/INCA
Renata de Freitas - HC IV/INCA
Nelson Cardoso de Almeida – DIPLAN/INCA
Monica Torres – Div. de Comunicação/INCA
Renata Knust – ARNT/COAS/INCA
Liz Maria Almeida- CPQ/INCA
Marise Rebelo – CONPREV/INCA
Maria Assunção – DARAO/CONPREV/INCA
Izabella Costa Santos – HCI/INCA
Patrícia Prola - SBGM
Anna Cláudia Evangelista - Prog. de aconselhamento
Genético - INCA

Aos doze dias do mês de dezembro de 2018, às 10 horas, no Auditório I do Prédio-sede do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, reuniu-se o Conselho Consultivo do INCA – CONSINCA, com as presenças e ausências registradas acima, para deliberar sobre a pauta do dia da qual constavam os seguintes assuntos: (1) Elaboração de documento de apresentação do CONSINCA ao novo Ministro da Saúde; (2) Regulamentação do Diagnóstico Genético - Dra. Patrícia Prola; (3) Proposta de Normatização da Reabilitação do Paciente Laringectomizado Total – Dra. Izabella Costa Santos.

A Diretora-Geral do INCA e presidente do CONSINCA, Ana Cristina Pinho Mendes Pereira, iniciou a reunião dando as boas-vindas aos participantes. Em seguida iniciou o primeiro assunto da pauta: **(1) Elaboração de documento de apresentação do CONSINCA ao novo Ministro da Saúde.** Relembrou que na última reunião do CONSINCA, solicitou que os membros encaminhassem propostas para elaboração de um documento de apresentação do CONSINCA ao novo Ministro da Saúde, Henrique Mandetta. Explicou que, normalmente, um novo Ministro, ao assumir o cargo, não tem a noção real do que representa este Fórum, então, esta seria uma estratégia para que logo no início de seu mandato, o mesmo seja informado. Lembrou que no ano anterior,

o então Ministro da Saúde, Ricardo Barros, esteve presente em uma reunião do CONSINCA, ratificando a importância do Conselho como um Fórum decisório para os assuntos de Oncologia, aonde devem ser discutidas todas as propostas e projetos antes de serem encaminhados a CONITEC. A Dra. Ana informou que após a construção do documento, a mesma, como presidente do CONSINCA, irá apresentar o mesmo ao Senhor Ministro. O Dr. Arthur Accioli fez uma observação que algumas ações estavam acontecendo a revelia do CONSINCA, mas com esta mudança de Gestão, foi observada uma consolidação deste Fórum. A Dra. Ana Cristina disse que o objetivo é este. Ressaltou que é o momento de roborar as decisões que saem deste Fórum, pois são decisões de interesse do País, contemplando os interesses das áreas com benefícios a população como um todo. Completou que o CONSINCA deve trabalhar no sentido de reforçar este papel, pois não é um conjunto que defende interesses corporativos. São associações, entidades representativas, que trabalham em prol da Sociedade. Após as discussões das sugestões apresentadas, a Dra. Ana Cristina solicitou que de acordo com o que foi discutido, os membros enviassem suas contribuições para a finalização do documento com a maior brevidade possível. Em seguida, a Dra. Ana apresentou a Patrícia Prolla (médica geneticista e Diretora de Pesquisa do HCPA), dando início ao segundo item da pauta: **(2) Regulamentação do Diagnóstico Genético em Oncogenética no Sistema Único de Saúde – SUS.**



Apresentação em anexo

Dra. Patrícia Prolla iniciou informando que este não é um tema novo no CONSINCA, pois já foi tratado anteriormente com outro nome, e é sabedor que este contexto vem sendo apresentado em outros lugares de uma forma desorganizada. A mesma realizou a apresentação em anexo, reforçando a importância da inclusão da Oncogenética no SUS e o impacto que as ações preventivas e de redução de risco podem trazer ao Sistema de Saúde. Concluiu destacando que atualmente, existe de fato uma rede de instituições que dão melhores prazos, e que teriam condições de iniciar este trabalho em rede, mas, obviamente, não daria conta de toda a demanda a nível nacional. A intenção seria

expandir para os Centros Assistência de Alta Complexidade. Finalizou solicitando o apoio do CONSINCA para unir forças nesse sentido. O Dr. Nelson Cardoso ressaltou que é necessário que a questão financeira esteja acompanhada de um cenário bem determinado de quem pode fazer isto e como deve fazer, pois ainda muita dificuldade de implementação por falta de recursos humanos e de estrutura para tal. A Dra. Patrícia explicou que o projeto seria começar com centros de referência regionais, com uma rede menor e progressivamente expandir essa rede. Acho importante que pessoas hoje qualificadas sejam reconhecidas, e que a gente tenha uma uniformização de nossos profissionais. O Conselho discutiu quanto a importância de ter um projeto bem definido. Dra. Ana ratifica a necessidade de saber controlar essa situação, de organizar o cenário atual, estruturar para fazer a diferença. Foram discutidos os aspectos do projeto, sendo destacada a necessidade de aprimoramento com relação ao impacto efetivo e protocolação. Finalizando, a Dra. Ana Cristina e os demais membros agradeceram a participação da Dra. Patrícia e a parabenizaram pela iniciativa. Em seguida, a Dra. Ana Cristina passou a palavra à Dra Izabella Costa Santos, médica do ambulatório de cabeça e pescoço do INCA, para apresentar o último item da pauta **(3) Proposta de Normatização da Reabilitação do Paciente Laringectomizado Total – Dra. Izabella Costa Santos.**

A Dra. Izabella informou que o foco de sua proposta seria o paciente que faz a cirurgia radical e vive em definitivo com a traqueostomia e iniciou a apresentação:



Apresentação em anexo

Explicou que o estudo comparou 3 métodos de reabilitação: com voz esofágica, com laringe eletrônica e com prótese traqueo-esofágica, apresentando os pontos positivos e negativos de cada método, o impacto na qualidade de vida, autonomia e reinserção sócio-econômica dos pacientes. Ressaltou que a formação em relação ao fornecimento de conhecimento aos profissionais é contínua e já vem sendo feita em várias instituições do país e que o entendimento que isto é um programa de educação continuada também

precisa ser levado em consideração. Informou que, ao longo dos anos, foram feitos 3 workshops no inca com parceria internacional, que capacitaram em torno de 30 pessoas, cada curso. Informou que existe uma proposta em discussão para parceria entre os Centros de Referência para promover o treinamento dos indivíduos que tem o interesse em fazer a reabilitação e a questão da educação continuada. Colocou que existe uma situação já vigente, que a prótese está incorporada na tabela, mas é necessário que profissionais de saúde capacitados de outras unidades de CACONS possam solicitar. Sendo assim, propôs viabilizar a codificação adequada da prótese traqueoesofágica e incorporação do material complementar (filtro e adesivo) O Conselho discutiu as propostas e sugeriu seguir o caminho do sistema ocluser de colostomia; propor a inclusão da codificação na Portaria MS nº 400, de 16 de novembro de 2009 (*Estabelecer Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostmizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão*). A Dra. Inez sugeriu verificar os relatórios da CONITEC, pois já houve essa discussão e a incorporação da laringe eletrônica foi recomendada, e posteriormente apresentar a proposta à CONITEC. A Dra. Izabella agradeceu a oportunidade e sugestões e complementou explicando que direcionou o seu objetivo para a adequação do código, pois isso seria primordial para dar início a um processo e a partir dos desdobramentos serão chamadas mais partes multidisciplinares abrangendo os demais aspectos do tratamento. A Dra. Ana Cristina retomou a palavra e solicitou à Dra. Maria Inez atualizações quanto à revisão da Portaria MS nº 140, de 27/02/2014 “*Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*”. A Dra. Maria Inez informou que levou o documento ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, e no dia último dia 07 do mês corrente, o CONASS declarou que a portaria não atendia aos seus desejos, que eram discutir a coisa mais ampla, o controle do câncer como um todo, sobre financiamento e a questão de medicamentos no sistema. Relatou que explicou que o foco da portaria era na habilitação, que atualmente está defasada, mas eles solicitaram a inclusão de algo muito específico sobre cuidado paliativo. Explicou que já haviam

sido incluídas as sugestões da Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP na parte dos hospitais, mas eles solicitaram que fosse dada uma nova importância devido à nova resolução da CID que aprovou os cuidados paliativos. Finalizou informando que está pautada como discussão e negociação na próxima reunião da Comissão Intergestores Tripartite – CIT. Em seguida a Sra. Cristiane Vaucher informou que estava deixando a presidência da Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica – SBEO e apresentou a nova presidente da Sociedade, a Enfermeira Raquel Ramos. A Dra. Ana deu as boas-vindas à Sra. Raquel em nome do CONSINCA. **Encerramento:** A Dra. Ana Cristina agradeceu a presença e a colaboração de todos e encerrou a reunião. Sem mais a tratar, dá-se por encerrada a presente Ata do Conselho Consultivo do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Debora Cristina Malafaia Fernandes, Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 2018.*

Regulamentação do Diagnóstico Genético em Oncogenética no Sistema Único de Saúde - SUS

Patricia Ashton-Prolla, MD, PhD

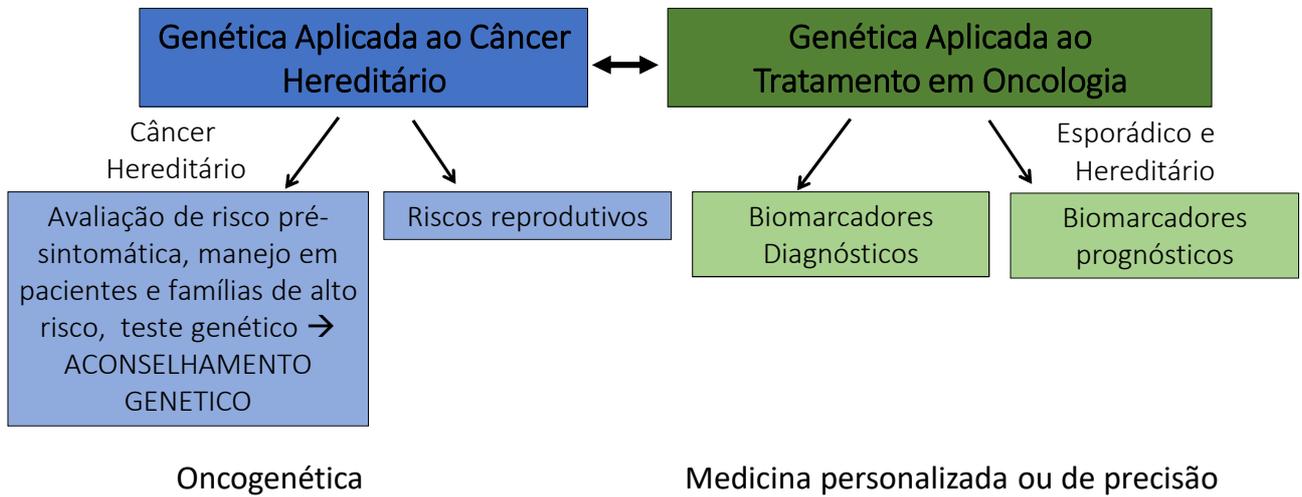
pprolla@hcpa.edu.br



Atendendo a regras institucionais de *compliance*, não recebo nenhum recurso financeiro, incluindo *fee*, para participar de atividades educacionais e reuniões científicas.



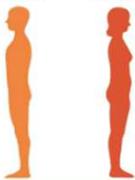
Escopo da Oncogenética



Oncogenética

- ❖ Pelo menos 10% de todos pacientes diagnosticados com tumores sólidos ou neoplasias hematológicas tem uma forma hereditária da doença.
- ❖ Pelo menos 60.000 Brasileiros e Brasileiras serão diagnosticados com um câncer de origem hereditária em 2018, considerando a estimativa do INCa de cerca de 600.000 casos incidentes somente neste ano.

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma* (FIGURA 1)

Localização primária	Casos	%	Homens	Mulheres	Localização primária	Casos	%
Próstata	68.220	31,7%			Mama Feminina	59.700	29,5%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.740	8,7%			Cólon e Reto	18.980	9,4%
Cólon e Reto	17.380	8,1%			Colo do Útero	16.370	8,1%
Estômago	13.540	6,3%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.530	6,2%
Cavidade Oral	11.200	5,2%			Glândula Tireoide	8.040	4,0%
Esôfago	8.240	3,8%			Estômago	7.750	3,8%
Bexiga	6.690	3,1%			Corpo do Útero	6.600	3,3%
Laringe	6.390	3,0%			Ovário	6.150	3,0%
Leucemias	5.940	2,8%			Sistema Nervoso Central	5.510	2,7%
Sistema Nervoso Central	5.810	2,7%			Leucemias	4.860	2,4%

* Números arredondados para múltiplos de 10

<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018>

Oncogenética

- ❖ Pessoas com câncer hereditário:
 - tem riscos de câncer até 10X maiores que os da população geral;
 - tem diagnósticos de câncer em idade jovem e frequentemente múltiplos;
 - se beneficiam de estratégias de redução de risco e tratamentos específicos para câncer hereditário.
- ❖ A identificação de uma pessoa com predisposição hereditária ao câncer é uma oportunidade ímpar para otimizar tratamentos e também para identificar familiares assintomáticos que irão se beneficiar de ações preventivas.



Atividade da Oncogenética



Envolve:

- (1) reconhecer os critérios para investigação do câncer hereditário,
- (2) realizar o diagnóstico diferencial do câncer hereditário,
- (3) Definir e indicar a melhor metodologia de teste genético para confirmação da suspeita clínica, reconhecendo as vantagens e limitações de diferentes estratégias diagnósticas disponíveis no mercado,
- (4) realizar aconselhamento pré- e pós-teste que inclui:
 - diagnóstico e comunicação do risco genético e das indicações e limitações do teste genético,
 - comunicação e interpretação do teste genético com resultado positivo, negativo ou indeterminado,
 - comunicação do prognóstico da doença, potenciais intervenções, riscos para familiares, riscos reprodutivos e implicações éticas.

Importância da inclusão da Oncogenética no SUS



A importância se traduz no impacto que as **ações preventivas e de redução de risco** podem trazer ao sistema de saúde, e estão exemplificadas em múltiplos estudos de custo-efetividade internacionais. Entre elas, estão:

- Redução da ocorrência de câncer em indivíduos e famílias de alto risco mediante ações direcionadas à prevenção;
- Identificação precoce de tumores em pacientes com predisposição hereditária, diminuindo significativamente os custos relacionados à morbi-mortalidade por câncer.
- Diminuição de demanda de serviços de saúde dos familiares sem risco, comprovado por exame molecular, com redução de gastos públicos em exames de rastreamento desnecessários.

Oncogenética no Brasil: ANS

- Janeiro de 2016: revisão das indicações do teste genético para pacientes com suspeita de câncer hereditário – rol de procedimentos ANS;
- Janeiro de 2018: ampliação das indicações do teste genético; inclusão da análise com painéis de genes no rol de procedimentos ANS; inclusão de cobertura obrigatória para estratégias de manejo em portadores(as) de mutação hereditária.

A ANS tem sido inclusiva com a Oncogenética, mas 70% dos pacientes com câncer hereditário são usuários do SUS e não tem acesso ao teste e às medidas de redução de risco!

Oncogenética no Brasil: SUS



- Algumas instituições do SUS oferecem atendimento e aconselhamento genético (predominantemente capitais);
- No entanto, testes genéticos são oferecidos a pacientes do SUS apenas em protocolos de pesquisa e excepcionalmente algumas instituições realizam testes utilizando recursos próprios.

Importância da Inclusão da Oncogenética no SUS

Um exemplo prático:

Ana Maria (45) tem 2 irmãs com câncer de mama diagnosticadas antes dos 50 anos de idade e uma irmã com câncer de ovário. Ana Maria e suas irmãs tem filhas adolescentes.

Ana Maria tem certeza que vai ter câncer e quer saber o que pode fazer para evitar a doença em si e em suas filhas e sobrinhas.



Fotografia cedida mediante autorização expressa da família e do médico assistente Dr Crippa (SC).

Importância da Inclusão da Oncogenética no SUS



Cenário 1: a atualidade no SUS

A probabilidade de câncer hereditário nessa família é alta, mas como todas são usuárias do SUS não é possível saber com certeza o diagnóstico (indisponibilidade do teste genético).

Na dúvida, todas mulheres dessa família devem ser acompanhadas como pacientes de alto risco, o que inclui acompanhamento clínico semestral, MMG iniciando em idade mais jovem e idealmente, RM das mamas. Não há rastreamento eficaz para câncer de ovário.

Não é possível definir real risco de câncer para Ana Maria e demais familiares sem câncer. Não é possível definir com certeza se há indicação para cirurgias redutoras de risco.

Importância da Inclusão da Oncogenética no SUS



Cenário 2: realidade ANS (como poderia ser no SUS)

Uma das irmãs de Ana Maria realiza o teste genético e se identifica uma **mutação** que confirma câncer hereditário. A mesma mutação é encontrada em todas irmãs, inclusive Ana Maria que agora sabidamente é uma portadora assintomática.

A mutação indica 85-90% de chance de câncer de mama em Ana Maria e em sua irmã com câncer de ovário → considerar adenomastectomia redutora de risco

A mutação indica 40% de chance de câncer de ovário em Ana Maria e em suas irmãs com câncer de mama → realizar salpingo-ooforectomia redutora de risco.

50% dos descendentes tem a mutação → acompanhar como alto risco

50% dos descendentes não tem a mutação → acompanhamento populacional

Desafios da Oncogenética no Brasil



- (1) **Ações educativas:** Estimular a busca de conhecimento do **público em geral** sobre a **importância e as indicações** dos testes genéticos para indicar tratamento e para identificar câncer hereditário;
- (2) Promover **capacitação** para **profissionais de saúde** em diversos níveis sobre avaliação do risco genético de câncer;
- (3) Garantir padrões mínimos de **qualidade** dos serviços prestados mediante ações regulatórias;
- (4) Garantir **acesso** à avaliação do risco genético do cancer, ao **teste genético e** ao manejo clínico para indivíduos de alto risco e **usuários do SUS**.

Rede Brasileira de Câncer Hereditário

Edital DECIT-MS-CNPq 021/2006 financiou a criação da Rede Nacional de Câncer Familiar (RNCF; http://www.inca.gov.br/cancer_familiar/) sob coordenação do INCA; Hoje a iniciativa é um **consórcio de instituições** que prestam serviços em oncogenética predominantemente a pacientes do SUS.



Rede Brasileira de Câncer Hereditário

Objetivos Específicos



- (1) Consolidar uma rede de suporte assistencial clínico-laboratorial integrando disciplinas no cuidado do paciente com suspeita ou diagnóstico de câncer hereditário.
- (2) Exercer ações propositivas e executivas na capacitação de recursos humanos da área biomédica em oncogenética;
- (3) Estimular, organizar e desenvolver projetos de pesquisa colaborativos em oncogenética no âmbito das instituições participantes da RNCF visando a transposição de tecnologias da pesquisa para a assistência e a melhoria do acesso ao cuidado em oncogenética;
- (4) Atuar conjuntamente com os órgãos reguladores e sociedades de especialidades afins para propor ações e regulamentar o exercício da oncogenética no Brasil, incluindo as subáreas: avaliação e manejo do risco genético de câncer, testes de predisposição hereditária ao câncer.

Ações da Rede Brasileira de Câncer Hereditário



- **Capacitação médica:**
 - Cursos regionais de atualização em oncogenética para médicos;
 - Viabilização de bolsas para capacitação em programas de 12 meses de treinamento em oncogenética em parceria com INCA/SBOC/AstraZeneca;
- **Publicações científicas** – Viabilizadas por consórcios de pesquisa;
- **Capacitação dos laboratórios** - Cursos de treinamento intensivo em boas práticas laboratoriais para análise de *BRCA1/BRCA2* para laboratórios diagnósticos SUS e comerciais em parceria com EMQN/AstraZeneca.



Proposta de Criação da Área de Atuação Oncogenética

Apresentada pela SBGM
em parceria com
SBOC, SBM, SBCO, SBCP para a
Comissão Científica da AMB em
27/11/2018.

Proposta para Incorporação do Diagnóstico do Câncer Hereditário no SUS

Priorização das principais doenças de acordo com:

(a) prevalência da doença, (b) impacto da realização do teste genético no manejo e prognóstico e (c) possibilidade de oferta de testes genéticos aos usuários do SUS:

SÍNDROME DE CÂNCER DE MAMA E OVÁRIO HEREDITÁRIOS
SÍNDROME DE LYNCH
NEOPLASIA ENDÓCRINA MÚLTIPLA DO TIPO 2
SÍNDROME DE LI-FRAUMENI
POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR
CÂNCER GÁSTRICO DIFUSO HEREDITÁRIO
POLIPOSE COLÔNICA RECESSIVA
RETINOBLASTOMA HEREDITÁRIO
SÍNDROME DE VON HIPPEL-LINDAU

A indicação do teste genético para estas síndromes específicas deve seguir critérios pré-estabelecidos e a realização do teste deve obrigatoriamente acontecer em associação com aconselhamento genético.

Da Implementação

1. Ações de curto prazo

Credenciamento de Centros de Referência para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) criando uma Rede de hospitais de nível terciário com capacidade para atendimento multidisciplinar de pacientes oncológicos e de indivíduos com alto risco para o câncer hereditário. Garantir equipe mínima multidisciplinar para atendimento e padronização/unificação dos operacionais padrão (POPs) para realização dos testes além de participar de programas internacionais de controle de qualidade.

Os centros já participantes da REBRACH, na maioria das regiões Brasileiras podem ser disponibilizados para credenciamento em três níveis:

Centro de referência 1: para acompanhamento clínico dos pacientes e familiares em risco.

Centro de referência 2: para realização dos diagnósticos moleculares.

Centro de referência 3: para realização do acompanhamento clínico e diagnósticos moleculares.

Da Implementação

2. Ações de médio prazo

- (a) Capacitação de recursos humanos para ampliar o acesso de usuários do SUS às equipes multidisciplinares qualificadas em atenção ao paciente com câncer hereditário e seus familiares;
- (b) Ampliação das equipes de referência clínicas para CACONs;
- (c) Ações para otimizar custos das análises moleculares em larga escala, mantendo o modelo de centros de referência;
- (d) Promover a participação em programas de controle de qualidade laboratorial de todos os centros de referência envolvidos.

Obrigada



Atenção ao câncer hereditário
Um compromisso com a saúde de várias gerações

CONSINCA 12/12/2018

Apresentação pauta: (3) Proposta de Normatização da Reabilitação do Paciente Laringectomizado Total.

Laringectomia Total – proposta de normatização da reabilitação

Izabella Costa Santos, MD, PhD.

Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Instituto Nacional de Câncer _ INCA

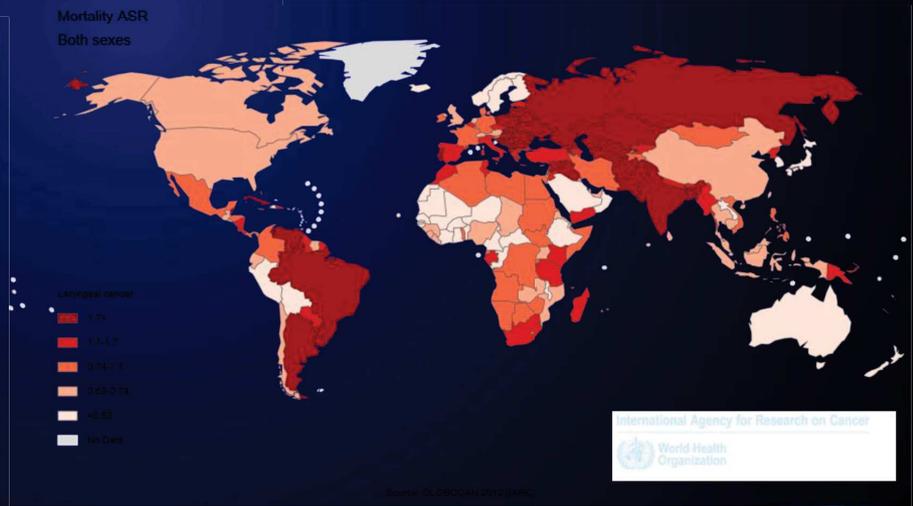
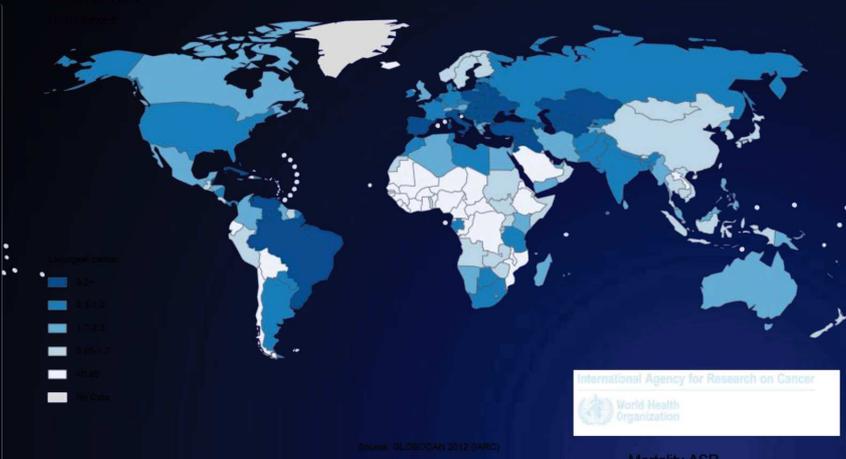
Epidemiologia

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma

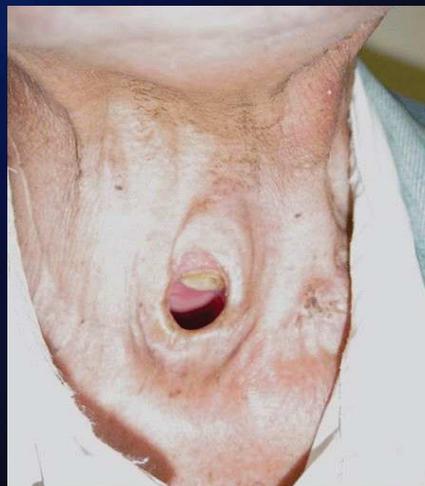
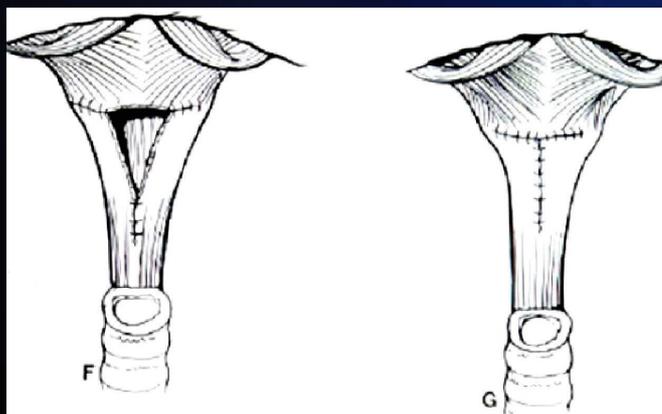
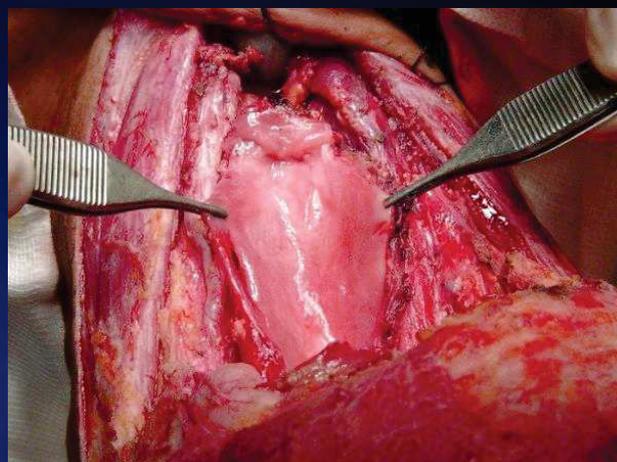
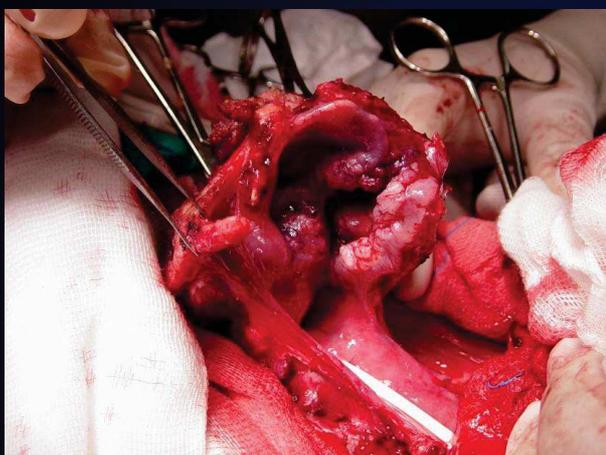
Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	68.220	31,7%	Homens 	Mulheres 	Mama Feminina	59.700	29,5%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.740	8,7%			Cólon e Reto	18.980	9,4%
Cólon e Reto	17.380	8,1%			Colo do Útero	16.370	8,1%
Estômago	13.540	6,3%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.530	6,2%
Cavidade Oral	11.200	5,2%			Glândula Tireoide	8.040	4,0%
Esôfago	8.240	3,8%			Estômago	7.750	3,8%
Bexiga	6.690	3,1%			Corpo do Útero	6.600	3,3%
Laringe	6.390	3,0%			Ovário	6.150	3,0%
Leucemias	5.940	2,8%			Sistema Nervoso Central	5.510	2,7%
Sistema Nervoso Central	5.810	2,7%			Leucemias	4.860	2,4%

Números arredondados para múltiplos de 10.

Laringe



Laringectomia Total



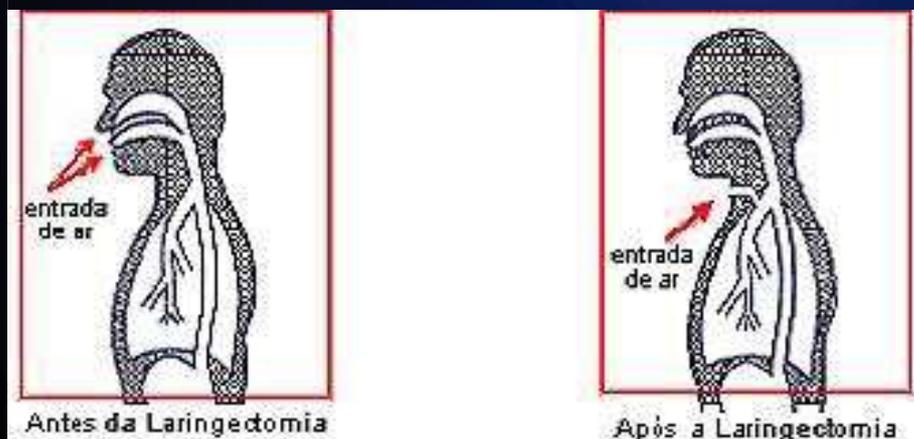
Introdução

Estimativa do Câncer da Laringe em 2018-2019: 7680 casos (3889)

9ª causa de morte

Estágios III e IV (60%)

Tumor que terá implicações anatômicas, fisiológicas_ respiração, deglutição e voz

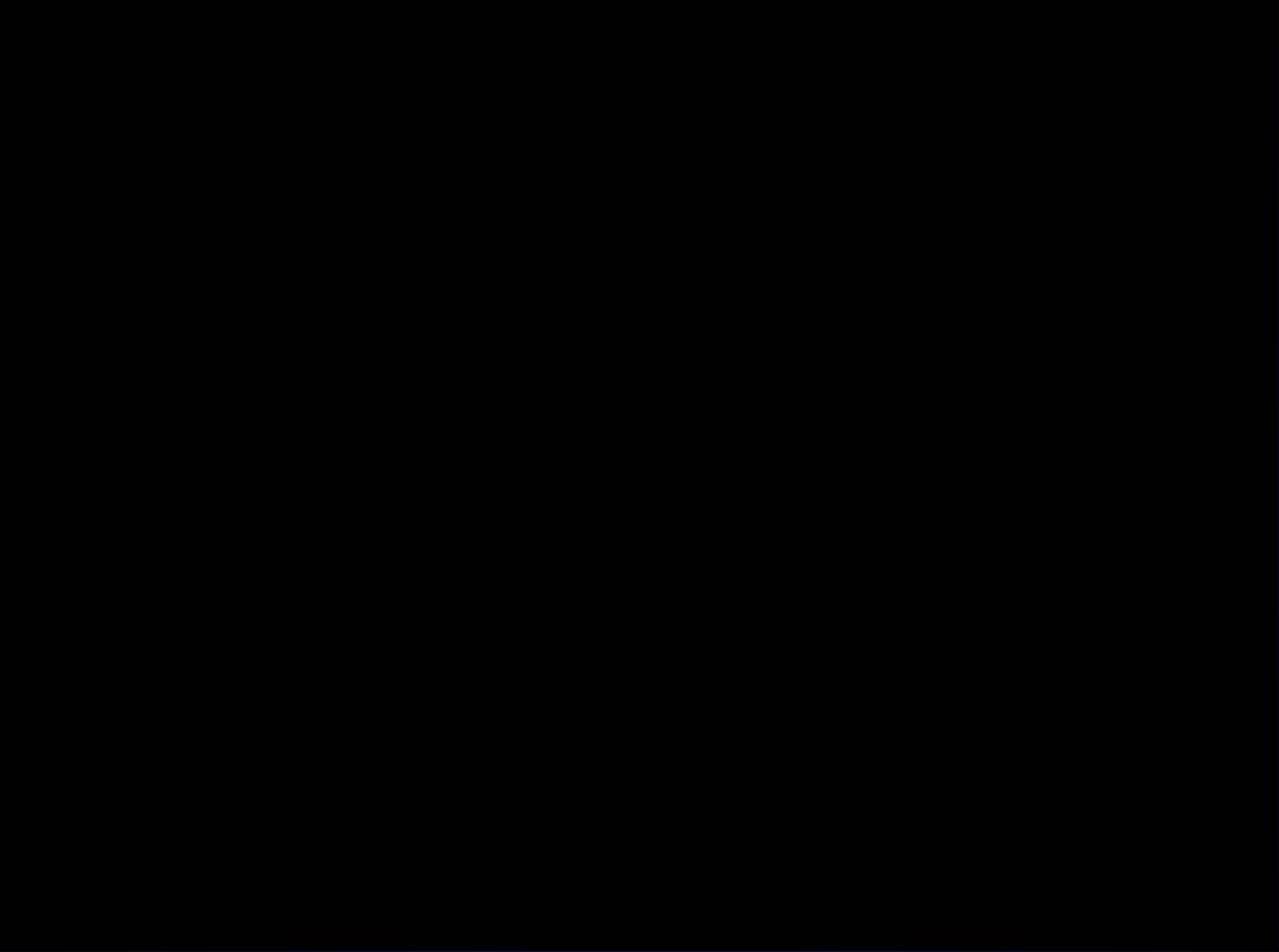


Voz Esofágica

Gerada pelo esfíncter faringoesofágico

Voz natural, baixo custo, sem manutenção

Tempo de aprendizado, taxa de sucesso terapêutico,
diferenciação dos fonemas



Laringe Eletrônica

Utilização imediata, fácil aprendizado

Voz com frequência, intensidade e modulação limitados

Requer uso de uma das mãos

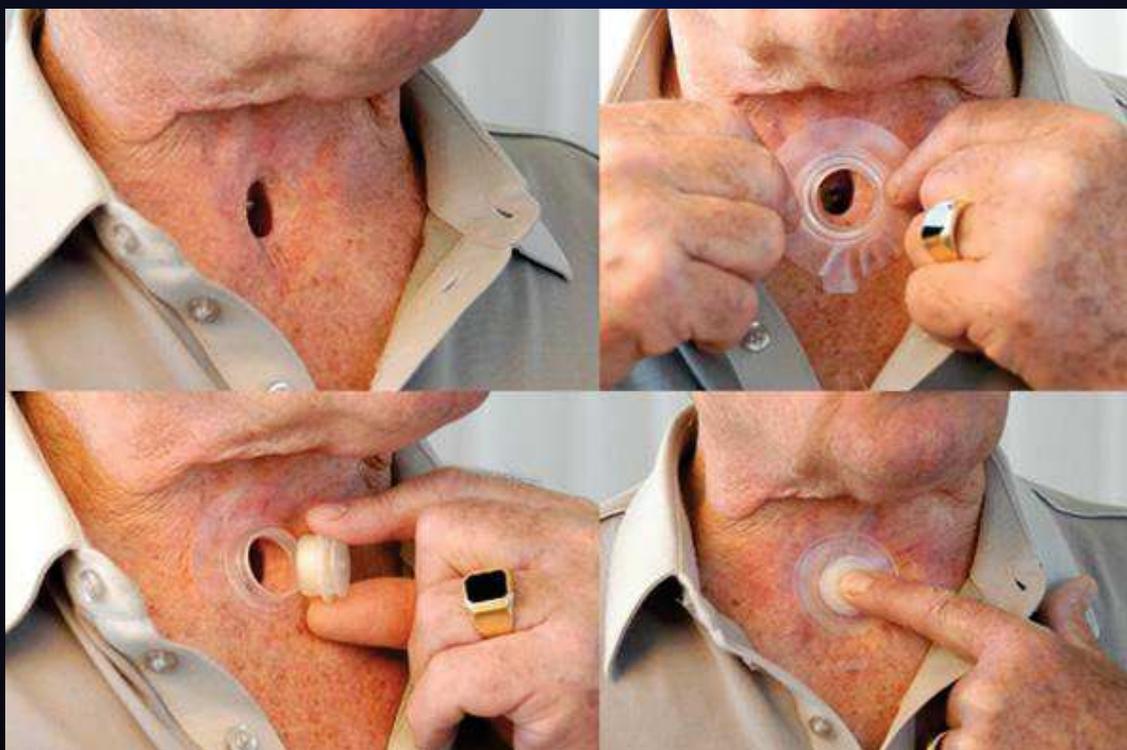


Example of an
electrolarynx

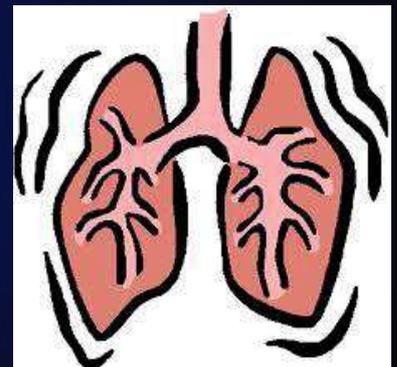
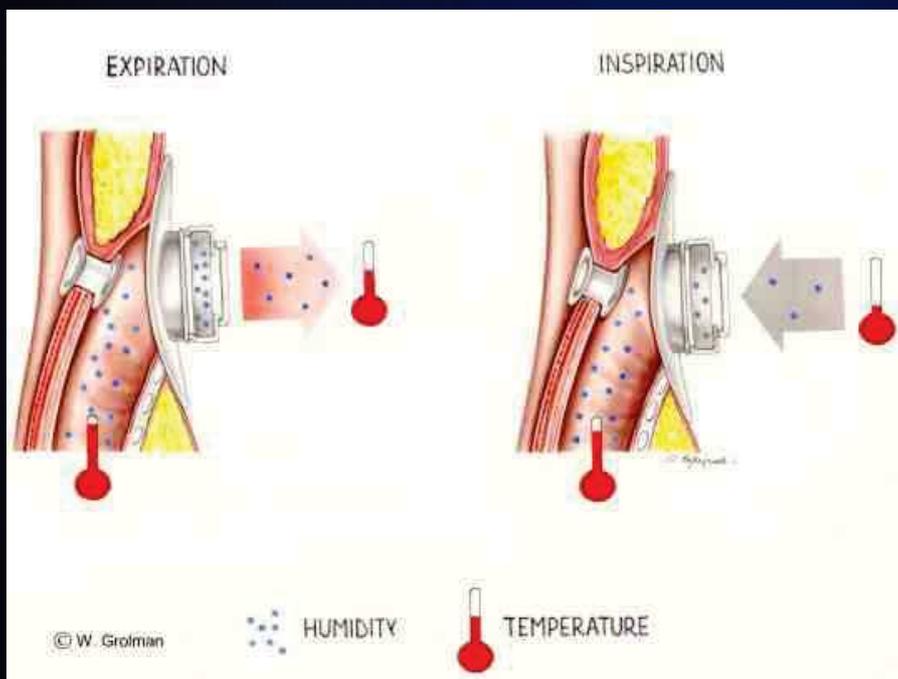
Prótese traqueo-esofágica

- Dispositivo de silicone valvular que permite a passagem do ar, possibilitando a produção do som
 - Inca 2001, 2004, 2005/06
 - Colocação secundária em sua maioria
- 132 pacientes colocaram a prótese, atual 63 estão com fonação

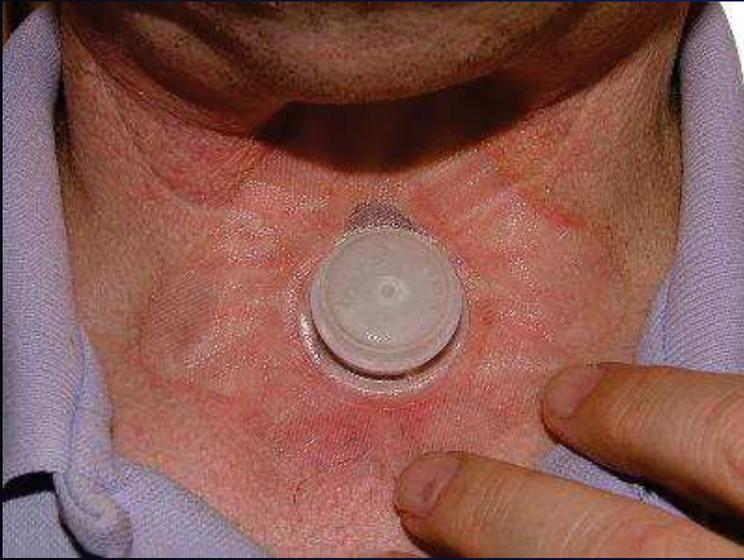
Reabilitação Pulmonar _ HME



Reabilitação Pulmonar _ HME



Hands Free



Reabilitação olfatória

- Permite com treinamento reconhecimento olfatório
- Treinamento com equipe especializada
- Utilização de kits para diferenciação.



Codificação das próteses

Item	Descrição do Material	Unidade	Cód. Sidec
1	Conjunto para colocação de prótese de reabilitação vocal (secundária), composto por: 1 prótese traqueoesofágica em silicone medindo 4,5mm 1 insersor em plástico 1 escova em aço inoxidável com cerdas em plástico flexível.	UN	BR0412085
2	prótese traqueoesofágica de baixa pressão – em silicone - medindo: 8mm - não estéril - de uso prolongado em torno de 8 meses.	UN	BR0280340
3	Prótese traqueoesofágica de baixa pressão, em silicone, medindo 10mm, estéril, de uso prolongado em torno de 8 meses.	UN	BR0367789
4	Prótese traqueoesofágica de baixa pressão, em silicone, medindo 6mm, estéril, de uso prolongado em torno de 8 meses.	UN	BR0419628

Proposta

- Viabilizar codificação adequada
- Impacto na qualidade de vida, autonomia
- Reinserção sócio-econômica