



PROTOCOLO MUNICIPAL

O₂XIGENIOTERAPIA

DOMICILIAR

PROLONGADA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO TIAGO-MG

<http://saotiago.mg.gov.br>

PROTOCOLO MUNICIPAL PARA AUTORIZAÇÃO E USO DE OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (ODP)

ELABORAÇÃO

EDUARDO PINHEIRO SALGADO

MÉDICO

ELISA MARILENE DE SOUSA REIS

ENFERMEIRA

LORENA LARA ROCHA

ENFERMEIRA

REVISÃO E COMPLEMENTAÇÃO

PABLO JACKSON DA MATA RIBEIRO

ASSESSOR DE GESTÃO EM SAÚDE

SETEMBRO DE 2017 – 1ª VERSÃO

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	04
OBJETIVOS	05
CRITÉRIOS TÉCNICOS/ADMINISTRATIVOS PARA ADMISSIBILIDADE A ODP	06
CABE AO PROFISSIONAL MÉDICO	08
CABE AO USUÁRIO/PACIENTE	09
CABE AOS PROFISSIONAIS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	10
RISCOS, OXICIDADE E EFEITOS COLATERAIS DO USO PROLONGADO DO O ₂	11
FLUXOGRAMA	12
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO AUTOMÁTICA DO USUÁRIO/PACIENTE	13
ANEXO 1 – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ODP	14
ANEXO 2 – FORMULÁRIO DE ADMISSIBILIDADE E COMPROMISSO	16
ANEXO 3 – FORMULÁRIO DE REAVALIAÇÃO SEMESTRAL	18
ANEXO 4 – RESOLUÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE QUE APROVA ESTE PROTOCOLO	19

INTRODUÇÃO

A insuficiência respiratória crônica é um quadro clínico que compromete, frequentemente, a qualidade de vida do indivíduo. Os pacientes que vivem com hipoxemia e, muitas vezes hipercapnia, apresentam importante comprometimento físico, psíquico e social. Repetidas complicações, com numerosas internações hospitalares devido ao quadro respiratório têm como consequência o aumento do custo econômico para o Sistema Público de Saúde. Uma alternativa ao tratamento hospitalar e busca de uma melhor qualidade e expectativa de vida é a **Oxigenioterapia Domiciliar Prolongada (ODP)**. Com o objetivo de reduzir a hipóxia tecidual durante as atividades cotidianas, a ODP aumenta a sobrevida dos pacientes por melhorar as variáveis fisiológicas e sintomas clínicos, incrementa a qualidade de vida pelo aumento da tolerância ao exercício, diminuindo a necessidade de internações hospitalares, assim como melhora os sintomas neuropsiquiátricos decorrentes da hipoxemia crônica. (JORNAL PNEUMOLOGIA, 2000).

OBJETIVOS

Os objetivos deste protocolo é estabelecer diretrizes sobre a ODP no município, assim relacionadas:

- ⊙ Permitir o acesso à ODP e a outros tratamentos congêneres para pacientes que realmente necessitem deste tratamento, com objetivo de reduzir as internações hospitalares, promovendo o aumento de sobrevida e melhor qualidade de vida;
- ⊙ Racionamento dos processos administrativos, aumentando a eficiência do sistema, com protocolo padrão para todos os profissionais de saúde do município envolvidos no fornecimento e autorização do uso deste aparelhamento;
- ⊙ Definir competências e atribuições, dos vários serviços envolvidos, bem como do(a) usuário(a) beneficiado(a);
- ⊙ Controle e melhoria do processo de fornecimento do equipamento ODP no município.

CRITÉRIOS TÉCNICOS/ADMINISTRATIVOS PARA ADMISSÃO AO PROGRAMA DE OXIGÊNIO TERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (ODP)

Para admissão ao Programa de **Oxigênio TerAPIA Domiciliar Prolongada**, são necessários a apresentação dos seguintes documentos pelo(a) usuário(a):

⊙ Laudo atualizado emitido por médico (do SUS e/ou serviço de saúde de referência vinculado ao SUS), com solicitação da ODP (**VER ANEXO¹**) comprovando a necessidade de oxigênio, discriminando a doença pulmonar de base e CID, as co-morbidades associadas, **o resultado da gasometria arterial**, bem como a prescrição que inclua o fluxo de oxigênio necessário, o número de horas por dia a ser usado e materiais adicionais;

EXAME (OBRIGATÓRIO)

⊙ **GASOMETRIA ARTERIAL RECENTE** (RESULTADO COM MENOS DE 30 DIAS) EM REPOUSO E EM AR AMBIENTE NOS PARÂMETROS ESPECIFICADOS PELA SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA:

PARÂMETROS PARA GASOMETRIA

⊙ SaO₂ MENOR OU IGUAL A **88% EM REPOUSO**

⊙ SaO₂ MENOR OU IGUAL A **88% APÓS TESTE DE ESFORÇO**

SaO₂ = SATURAÇÃO ARTERIAL DE O₂ NA GASOMETRIA

⊙ PaO₂ MENOR OU IGUAL A 55mmHg

⊙ PaO₂ IGUAL 56-59mmHg OU SaO₂ IGUAL A 89% ASSOCIADO A:

PaO₂ = PRESSÃO PARCIAL DE O₂

-Edema por insuficiência cardíaca;

-Evidência de *cor pulmonale*;

Lembramos que os valores acima só devem ser considerados quando obtidos em laboratório confiável e autorizado pela Associação Nacional de Laboratórios e/ou congênere e devidamente cadastrado no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Determinações com o paciente estável clinicamente e com abordagem terapêutica otimizada.

IMPORTANTE: Não será considerado avaliação de SpO₂ (Saturação por Oximetria de Pulso) na primeira avaliação para liberação da ODP. Profissional médico deverá utilizar somente SaO₂ (Saturação Arterial de O₂ na Gasometria)

EXAMES ADICIONAIS À CRITÉRIO MÉDICO

⊙ EXAME RADIOLÓGICO DE TÓRAX ATUALIZADO, ELETROCARDIOGRAMA OU ECOCARDIOGRAMA ATUALIZADOS QUE CONSTATEM (OU NÃO) SINAIS DE COR PULMONALE CRÔNICO;

⊙ HEMATÓCRITO **MENOR QUE 56%**.

DOCUMENTOS (OBRIGATÓRIO)

⊙ APRESENTAÇÃO DA CÓPIA DO CPF, CARTÃO DO SUS, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (RECENTE, ÚLTIMOS 02 MESES) E TERMO DE COMPROMISSO E ADESÃO (VER ANEXO²) AO PROTOCOLO MUNICIPAL DE OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA ASSINADA PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL E SITUAÇÃO DOMICILIAR COMPATÍVEL COM AS CONDIÇÕES MÍNIMAS PARA A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, POSSIBILITANDO A MANUTENÇÃO E INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO, CRITÉRIO ESTE DE ADMISSÃO.

REAVLIAÇÃO (OBRIGATÓRIO)

⊙ A CADA SEIS MESES (VER ANEXO³), PARA RENOVAÇÃO DO CADASTRO, COM ATUALIZAÇÃO DA PRESCRIÇÃO POR MEIO DE RELATÓRIO, REALIZADA PELO MÉDICO PRESCRITOR INICIAL E/OU MÉDICO DA RESPECTIVA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO USUÁRIO;

CABE AO PROFISSIONAL MÉDICO

- ⊙ **Solicitar e avaliar a gasometria** após otimização do manejo clínico;
- ⊙ Realizar a prescrição médica com o detalhamento do quadro e justificativa para a prescrição, preenchendo de forma clara e utilizando-se dos formulários padrão conforme **ANEXOS 1 e 2** deste protocolo;
- ⊙ Orientar o paciente quanto aos fluxos da rede municipal de saúde;
- ⊙ Avaliar o paciente período de 90 (noventa) dias;
- ⊙ Reavaliar o paciente a cada 06 (seis) meses quanto ao uso da ODP, principalmente, pela equipe de saúde da família onde o usuário(a) está lotado, ou seja, sua respectiva área de abrangência territorial (E-SUS AB);

CABE AO USUÁRIO/PACIENTE

- ⊙ Realizar os exames médicos solicitados para a liberação da ODP;
- ⊙ Entregar à Secretaria Municipal de Saúde, no setor Administrativo II, Sala 09 os formulários ANEXO 1 e ANEXO 2, preenchidos, assinados e carimbados pelo médico solicitante, usuário/paciente e responsável;
- ⊙ Encaminhar juntamente com os formulários padrão, os exames originais realizados, que serão copiados e devolvidos, para fins de salvaguarda do processo;
- ⊙ Ler e assinar o Termo de Solicitação de Serviço e o Termo de Admissibilidade e fornecer cópia dos documentos, que deverão ficar arquivados na Secretaria Municipal de Saúde;
- ⊙ Ler e assinar o Termo de Compromisso quanto ao Uso do Equipamento (responsabilidade da empresa prestadora do serviço) – este deverá ficar em posse do usuário e da empresa prestadora do serviço;
- ⊙ Passar por avaliação médica a cada 06 (seis) meses, juntamente a sua respectiva equipe de saúde da família e/ou médico da rede municipal de saúde, vinculado ao SUS;
- ⊙ Utilizar a ODP de acordo com a prescrição médica;
- ⊙ Em hipótese alguma fumar perto do equipamento ligado, pois a risco de explosão e queimaduras;
- ⊙ Solicitar junto ao seu respectivo profissional médico ESF nova prescrição da ODP a cada 06 (seis) meses;

CABE AOS PROFISSIONAIS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- ⊙ Receber a documentação/ solicitação médica para ODP entregue pelo paciente, conferindo todas as informações pertinentes, documentos anexos, exames originais e demais procedimentos administrativos;
- ⊙ Autorizado a instalação pela chefia imediata ou área técnica desta SMS, e, após contato com a empresa, informar ao usuário/responsável por telefone/celular a previsão da instalação do equipamento;
- ⊙ Comunicar a respectiva equipe de saúde da família onde o paciente está registrado (área de abrangência territorial) a adesão do mesmo a ODP para acompanhamento da equipe de atenção básica;
- ⊙ Solicitar o equipamento conforme documentação deste protocolo e formulários preenchidos pelo médico;
- ⊙ Orientar novamente o(a) usuário(a) e/ou responsável quanto à manutenção do equipamento, no caso, a empresa prestadora do serviço;

RISCOS, OXICIDADE E EFEITOS COLATERAIS DO USO PROLONGADO DO O₂

A equipe de atenção básica e/ou outros profissionais da rede municipal de saúde deverão realizar treinamento e orientações com pacientes/familiares/cuidadores quanto aos riscos e ao manuseio do equipamento de oxigenioterapia no domicílio. Existem 03 (três) categorias de riscos associadas à ODP:

RISCOS FÍSICOS

⊙ Incêndios e explosões, traumas ocasionados pelo cateter ou máscara ou ressecamento de secreções devido à umidificação inadequada;

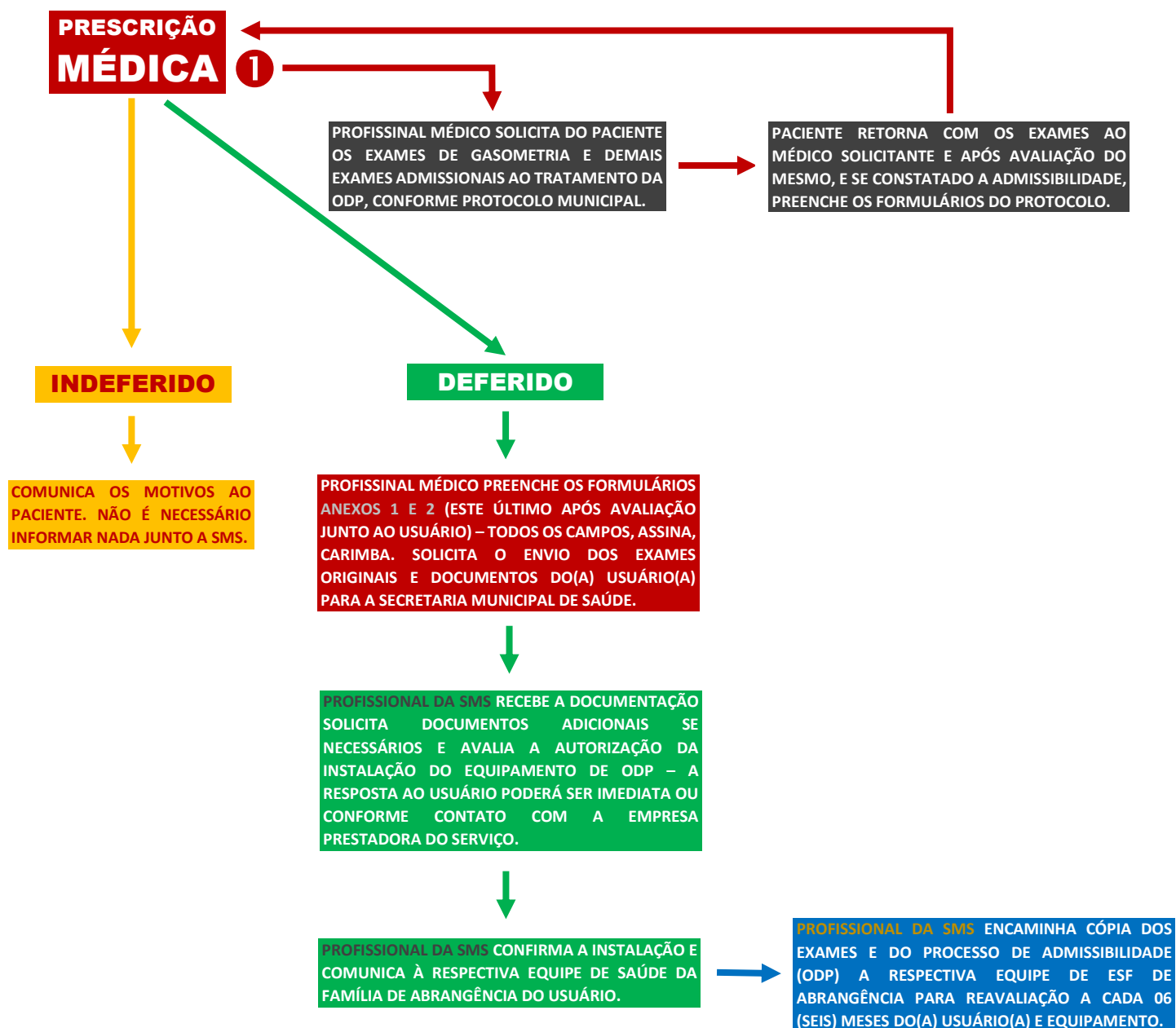
RISCOS FUNCIONAIS

⊙ Retenção de CO₂ e atelectasias;

RISCOS TÓXICOS

⊙ Manifestações citotóxicas do oxigênio, ou seja, concentrações elevadas de oxigênio inspirado podem causar uma variedade de lesões pulmonares, que vão desde traqueobronquite até lesões alveolares difusas;

FLUXOGRAMA



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO AUTOMÁTICA DO USUÁRIO/PACIENTE

- ⊙ Cardiopatias sem insuficiência de ODP sem insuficiência respiratória crônica;
- ⊙ Asma brônquica sem insuficiência respiratória crônica;
- ⊙ Neoplasias (que não respondam à oxigenioterapia);
- ⊙ Embolia pulmonar (que não respondam à oxigenioterapia);
- ⊙ Enfermidades que não respondam à oxigenioterapia;
- ⊙ Para inaloterapia;
- ⊙ Melhora gasométrica significativa, de modo a colocar o usuário fora dos critérios de inclusão (alta);
- ⊙ Domicílios sem condições de receber o equipamento e/ou com instalação de rede elétrica irregular;
- ⊙ Usuários de outro município, sem residência fixa neste;
- ⊙ Não uso ou uso inadequado do equipamento, causando danos tanto ao usuário quanto ao patrimônio;
- ⊙ Não aderência ao tratamento farmacológico instituído;



SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO TIAGO-MG

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: 6627803

CNPJ MANTENEDORA: 17.749.904/0001-17 | CNPJ FMS: 10.784.264/0001-37

Rua São José, 461 A | Centro | CEP: 36.350-000 | São Tiago-MG.

E-mail Institucional: saude@saotiago.mg.gov.br

Visite o Site: <http://saude.saotiago.mg.gov.br>

ANEXO¹

TERMO DE SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO								
Compra	Conserto	Demonstração	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros

DADOS CADASTRAIS DO(A) USUÁRIO(A)		
Nome Completo do(a) Usuário(a):		
Idade:	Data Nascimento:	
RG:	CPF.:	
Endereço Completo:		
Bairro:	CEP.:	Cidade:
Celular/telefone:	e-mail:	
Ponto de referência:		
Em caso de emergência/contato:		

DADOS DO EQUIPAMENTO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	
Justificativa que comprova a necessidade do uso o equipamento ODP:	
Fonte Preferencial do Oxigênio:	
<input type="checkbox"/> Cilindro de O ₂ Sob Pressão	<input type="checkbox"/> Concentrador de 10 LP/M
<input type="checkbox"/> Concentrador de 05 LP/M	<input type="checkbox"/> CPAP
LP/M = Litros Por Minuto de O ₂	
Descriminação da doença pulmonar de base e co-morbidades associadas (incluindo CID):	

Resultado da gasometria arterial e considerações*:

Medicamentos utilizados (nomes/doses diárias):

Data da última internação: ____/____/____

*Resultado da gasometria não condizente com o protocolo municipal de uso de equipamento de oxigenioterapia domiciliar prolongada (ODP) desautoriza a liberação do equipamento ao usuário.

Protocolo disponível em: http://saude.saotiago.mg.gov.br/prot_oxigenioterapia_domiciliar.html

DADOS DO EQUIPAMENTO E DEMAIS PRESCRIÇÕES MÉDICAS

Dados da Solicitação: (material ou equipamento)

Outros: Tamanho Cilindro de Reserva (Backup): m³

CILINDROS DISPONÍVEL NOS TAMANHOS: 01M³, 04M³, 08M³ e 10M³

O BACKUP DEVERÁ SER UTILIZADO SOMENTE EM CASO DE FALHA DO EQUIPAMENTO E/OU FALHA DA REDE ELÉTRICA, SENDO RESPONSABILIDADE DO USUÁRIO/PACIENTE/RESPONSÁVEL A COMUNICAÇÃO DO FATO À EMPRESA PRESTADORA DO SERVIÇO, PARA REPOSIÇÃO GRATUITA A POSTERIORI.

Motivo da solicitação:

Motivo da retirada:

Fluxo do Aparelho: litros/min Horas/dia: Voltagem da instalação: 110V () 220V ()

Via de utilização:	Cateter nasal	Extensão	Umidificador	Traqueostomia	Máscara
()	()	()	()	()	()

Assinatura e carimbo do médico solicitante

Autorizado/Secretaria de Saúde de São Tiago

Observações:

Data: Horário da solicitação: Urgente: () Sim () Não

ATENÇÃO: ESTA FICHA DEVERÁ VIR ACOMPANHA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA E DEMAIS DOCUMENTOS CONFORME PROTOCOLO MUNICIPAL DE OXIGENIOTERAPIA (ODP).

REAVLIAÇÃO APÓS SEIS MESES. PRÓXIMA AVALIAÇÃO DO(A) USUÁRIO(A) EM: DATA: ____/____/____



SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO TIAGO-MG

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: 6627803

CNPJ MANTENEDORA: 17.749.904/0001-17 | CNPJ FMS: 10.784.264/0001-37

Rua São José, 461 A | Centro | CEP: 36.350-000 | São Tiago-MG.

E-mail Institucional: saude@saotiago.mg.gov.br

Visite o Site: <http://saude.saotiago.mg.gov.br>

ANEXO²

TERMO DE ADMISSIBILIDADE PARA USO DO EQUIPAMENTO DE ODP

DADOS CADASTRAIS DO(A) USUÁRIO(A)		
Nome Completo do(a) Usuário(a):		
Idade:	Data Nascimento:	
RG:	CPF.:	
Endereço Completo:		
Bairro:	CEP.:	Cidade:
Celular/telefone:	e-mail:	

DADOS CADASTRAIS DO(A) RESPONSÁVEL PELO(A) USUÁRIO(A)		
Nome Completo do(a) Responsável(a):		
Idade:	Data Nascimento:	
Grau de Parentesco:	CPF.:	
Endereço Completo:		
Bairro:	CEP.:	Cidade:
Celular/telefone:	e-mail:	

QUESTÕES A SEREM RESPONDIDAS PARA ADMISSIBILIDADE DO EQUIPAMENTO DOMICILIAR
Condições da Residência do(a) Usuário(a): Rede de Água Pública: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Outros: Especificar: _____ Rede de Esgoto: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não Rede Elétrica: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não Condições Sanitárias do Domicílio: <input type="checkbox"/> Satisfatórias <input type="checkbox"/> Insatisfatórias
O cilindro de backup ficará distante do usuário, afim de evitar acidentes ou queda do equipamento no mesmo? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
O profissional de saúde orientou o usuário quanto ao uso do equipamento, intervalos de uso, cuidados e limpeza da mangueira (cânula nasal), filtro de ar do equipamento e frasco umidificador, e, quanto ao uso de medicamentos que o paciente deverá utilizar durante a ODP e/ou outras situações para o bom funcionamento do aparelho e qualidade do tratamento? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

O usuário e/ou responsável tem ciência que em caso de falha do equipamento, falta de energia elétrica e/ou outra situação que inviabiliza o uso do equipamento de ODP, deverá **comunicar imediatamente a empresa prestadora do serviço**, pelo número de telefone informado no ato da instalação do equipamento, a fim de solicitar novo cilindro gratuito de backup?

SIM NÃO

E que o usuário/paciente e seu respectivo responsável tem ciência de que:

- Deverá realizar exames médicos solicitados para a liberação e reavaliação da ODP;
- Ler e assinar este **termo de admissibilidade e termo de compromisso do bem móvel** emitido pela empresa prestadora do serviço, para fins de registro do patrimônio e garantias quanto ao concentrador e equipamentos – o aparelho em posse do usuário é de sua total responsabilidade e em caso de danos, extravio ou outros, o mesmo deverá ressarcir a empresa prestadora do serviço, quanto ao equipamento prejudicado;
- Deverá passar por reavaliação médica a cada 06 (seis) meses;
- Utilizar a ODP de acordo com a prescrição médica;
- Em hipótese alguma, fumar, próximo ao equipamento;
- Devolver e/ou comunicar à Secretaria Municipal de Saúde quando houver suspensão médica da ODP ou por motivo de falecimento (responsabilidade do responsável pelo paciente);
- Entregar junto à Secretaria de Saúde a nova prescrição médica a cada 06 (seis) meses.

O usuário compreende as questões acima e o uso do equipamento?

- Não consegue acompanhar a explicação
- Acompanha a explicação com dificuldades
- Acompanha a explicação

CIENTE DAS CONDIÇÕES ACIMA, FIRMAMOS O COMPROMISSO.

São Tiago-MG, ____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do **profissional de saúde**
autorizador do tratamento de ODP

Assinatura do **usuário/paciente**
Poderá utilizar impressão do polegar caso
não apto a assinar

Assinatura do **responsável** pelo usuário/paciente
Assinatura por extenso
(não rubricar)



SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO TIAGO-MG

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: 6627803

CNPJ MANTENEDORA: 17.749.904/0001-17 | CNPJ FMS: 10.784.264/0001-37

Rua São José, 461 A | Centro | CEP: 36.350-000 | São Tiago-MG.

E-mail Institucional: saude@saotiago.mg.gov.br

Visite o Site: <http://saude.saotiago.mg.gov.br>

ANEXO³

RELATÓRIO DE MONITORAMENTO SEMESTRAL			
DADOS CADASTRAIS DO(A) USUÁRIO(A)			
Nome Completo do(a) Usuário(a):			
RG:		CPF.:	
Endereço Completo:			
Bairro:		CEP.:	Cidade:
Celular/telefone:		e-mail:	
DADOS DO ACOMPANHAMENTO DO(A) PACIENTE			
Data Avaliação ____/____/____		Prescrição: Fluxo O ₂ _____ Horas/Dia: _____	
Avaliação Clínica:			
PULSO:	OXIMETRIA:	Sem O ₂ _____%	Com O ₂ _____%
FR:	FC:		
Vistoria Técnica do Aparelho:			
HORÍMETRO:		NÚMERO SERIE:	
Aspecto Geral (conexões elétricas, limpeza dos filtros condição do frasco umidificador no aparelho):			
Oxigênio Líquido (aspectos gerais, reservatório, mochila portátil, número de série) especificar:			
Oxigênio Gasoso (fluxômetro, umidificador, válvula reguladora de pressão), especificar:			
CPAP (aspecto geral, traquéia, máscara) especificar:			

São Tiago-MG, ____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do **profissional médico**
responsável pela avaliação

Resolução CMS-ST nº 07 de 20 de Setembro de 2017 que aprova o **Protocolo Municipal de Oxigênio Terapêutica Domiciliar Prolongada (ODP)**:

