



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**PROTOCOLO DO PROGRAMA DE
OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR
PROLONGADA (01/2017)**

Cariacica, 2017



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DO PROTOCOLO DO PROGRAMA
DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR, CPAP, BIPAP, BIPAP
NEUROMUSCULAR E BIPAP TRAQUEOSTOMIZADO DO NUCLEO
REGINAL DE ESPECIALIDADES VITÓRIA**

Altair Nascimento – 3521346 – Fisioterapeuta
Antonia Neuza dos Santos Almeida – 0544191- Auxiliar de Enfermagem
Karina Tavares de Oliveira – 3479404 – Pneumologista
Maria Cristina Alochio de Paiva- 1533800 – Pneumologista
Sandra Regina da Silva Vita- 672522- Enfermeira

**COMISSÃO DE VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DO PROGRAMA DE
OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR CPAP, BIPAP, BIPAP
NEUROMUSCULAR E BIPAP TRAQUEOSTOMIZADO DO NUCLEO
REGINAL DE ESPECIALIDADES VITÓRIA**

Albert Velten Bitran – 1277212- Otorrinolaringologista
Carla Cristiana de Castro Bulian – 3275981- Pneumologista
Fabíula Campos Dell’Orto – 3691179- Chefe do NREV
Fabricia Forza Pereira Lima de Oliveira – 2804905- SUPERINTENDENTE
SRSV
Marlon Boechat Martins Molina – 3819507- Pneumologista

COLABORADORES DO PROGRAMA

ALBERT VELTEN BITRAN
ALTAIR NASCIMENTO
ANTÔNIA NEUZA DOS SANTOS ALMEIDA
CARLA CRISTIANA DE CASTRO BULIAN
KARINA TAVARES OLIVEIRA
KRISTIANE ROCHA MOREIRA SONEGHET
MARIA AUXILIADORA MOTE
MARIA CRISTINA ALOCHIO DE PAIVA
MARIA LINA ROSA BEZERRA
MARIA MADALENA ALVES DOS SANTOS NASCIMENTO
MARLON BOECHAT MARTINS MOLINA
RONALDO SAMPAIO
SUELY ZANETTI BRIOSCHI VIEIRA
TANIA REGINA SOARES BASTOS



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NÚCLEO REGIONAL DE ESPECIALIDADES METROPOLITANO
PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

I-INTRODUÇÃO:

O oxigênio é essencial à vida, mas em algumas doenças é preciso que se faça sua suplementação para enriquecer o ar para seu melhor aproveitamento pelo corpo.

Ele está presente na proporção de vinte e um por cento no ar que respiramos e foi descoberto como gás separado da atmosfera por volta do século XVIII.

Seu uso como tratamento médico foi iniciado em 1922, pelo médico americano Alvin Barach, que o prescrevia de forma sistemática para pacientes internados com pneumonia. Entretanto, só por volta dos anos 80 houve a confirmação, através dos estudos clássicos *The UK Medical Research Council - MRC* (na Inglaterra) e *The US Nocturnal Oxygen Therapy Trial - NOTT (EUA)*, de que o uso do oxigênio de forma prolongada melhorava a qualidade de vida e aumentava a expectativa de vida de pacientes com DPOC.

Desde então vários estudos foram feitos para demonstrar os benefícios da oxigenoterapia na DPOC e na hipoxemia de outras etiologias.

Nos dias atuais a oxigenoterapia domiciliar por tempo prolongado é o tratamento mais eficaz para pacientes com insuficiência respiratória crônica e hipoxemia.

A insuficiência respiratória crônica (IRC) costuma ser a fase final de várias doenças respiratórias e é a expressão clínica da incapacidade



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

prolongada e progressiva da manutenção das pressões normais de oxigênio e gás carbônico no sangue.

É geralmente secundária a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) ou, menos frequentemente a outras doenças, como por exemplo, as fibroses pulmonares, as bronquiectasias, as sequelas de tuberculose, a fibrose cística, doenças da circulação pulmonar ou outras doenças que acometam a caixa torácica ou outros sistemas orgânicos (músculos, nervos, colágeno, etc.), sendo definida por meio de exame de gasometria arterial com achado de valores permanentemente baixos de oxigênio e, em algumas circunstâncias, de elevação na concentração de gás carbônico.

Os pacientes portadores de hipoxemia crônica apresentam comprometimento físico, psíquico e social importante com deterioração da qualidade de vida e necessitam frequentemente de internação hospitalar, principalmente pelos períodos de exacerbação, mas também pela própria condição da hipoxemia.

A suplementação de oxigênio é fundamentada no conceito de que é imprescindível para uma homeostase orgânica adequada a manutenção de um nível estável e mínimo de oxigênio no sangue, que é uma $PaO_2 \geq 60\text{mmHg}$.

A maior parte dos países desenvolvidos adotou a oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) como agenda de governo, visando preservar a vida dos portadores de hipoxemia crônica, e reduzir os custos do sistema, imaginando-se que a terapia domiciliar pode reduzir de modo importante as internações, muito mais onerosas que o tratamento domiciliar.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Contudo em auditorias feitas em alguns países mostrou-se que os gastos podem se elevar muito acima do esperado, principalmente por dois motivos: não há observância das indicações corretas do uso da oxigenoterapia e não há controle de sua evolução ao longo do tempo (por exemplo, um paciente, que por uma exacerbação do quadro, precisou de ODP por certo período, continuava fazendo uso, após sua melhora, por falta de controle).

Segundo estimativas da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia a prevalência de pacientes com hipoxemia no Brasil seria de 65.000 pacientes.

A Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, através do Centro Regional de Especialidades Metropolitano desenvolveu o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada em 2007 para regularizar a dispensação de oxigênio domiciliar.

II-OBJETIVOS:

A) Geral

O Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, desenvolvido pelo Núcleo Regional de Especialidades Metropolitano visa proporcionar maior qualidade de vida e maior sobrevida aos pacientes portadores de hipoxemia comprovada, residentes no Estado do Espírito Santo.

B) Específico

Normalizar a indicação do uso da oxigenoterapia domiciliar e o seu controle no âmbito do SUS-ES, pela liberação de oxigênio para uso domiciliar e pelo acompanhamento regular desses pacientes.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

III-BASES CIENTÍFICAS PARA A OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR
PROLONGADA:

1) Melhora da sobrevida:

Duas pesquisas controladas na década de 80, feitas na Inglaterra (*The UK Medical Research Council - MRC*) e nos Estados Unidos (*The US Nocturnal Oxygen Therapy Trial - NOTT*), mostraram que o uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada nestes pacientes aumenta a sobrevida, além de melhorar a qualidade de vida.

No trabalho britânico foram comparados pacientes com PaO_2 abaixo de 55mmHg em uso de O_2 no mínimo 15h/dia com um grupo controle sem receber O_2 , sendo que ao final de 500 dias, a mortalidade no grupo controle foi de 29% e no grupo com O_2 de 12%.

No trabalho americano, pacientes com PaO_2 abaixo de 55mmHg foram divididos em dois grupos: um em uso de O_2 24h e outro usando O_2 por 12h/noturnas, sendo que ao final de 5 anos, a sobrevida no grupo usando O_2 por 24h era de 62% e no grupo usando 12h/noturnas era de 16%.

2) Melhora da qualidade de vida:

Lilker, Karmich e Lerner (1975) constataram que portadores de DPOC aumentam a distância caminhada quando em uso de O_2 .

3) Diminuição do número de internações:

A necessidade de internações de pacientes com DPOC diminui quando usam ODP.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

4) Melhora do estado neuropsíquico:

Em pacientes com hipoxemia crônica são frequentes os distúrbios neuropsíquicos, como dificuldade para concentração, redução na habilidade de abstração e perda de memória.

Krop, Blech e Cohn (1973) demonstraram que após 1 mês de ODP já ocorre melhora das funções neuropsíquicas e que, após 15-20h ao dia de uso, há reversibilidade das alterações eletroencefalográficas da hipoxemia crônica.

IV-EFEITOS FISIOLÓGICOS FAVORÁVEIS DA OXIGENOTERAPIA PROLONGADA DOMICILIAR:

- 1) Melhora do transporte e liberação de oxigênio para os tecidos
- 2) Correção da policitemia secundária à hipoxemia.
- 3) Evolução da função pulmonar: menor declínio.
- 4) Prevenção de arritmias cardíacas durante o sono e stress miocárdico hipóxico.
- 5) Atenuação ou estabilização da hipertensão pulmonar decorrente de hipoxemia.

V-DEFINIÇÃO DA INDICAÇÃO:

Hipoxêmico crônico é todo o paciente portador de condição pulmonar que leve a níveis de dessaturação da hemoglobina que correspondam a uma pressão parcial de oxigênio no sangue arterial (PaO₂) de 55mmHg ou menos, estando esses enfermos em fase de estabilidade clínica, ou seja, na ausência de fatores de exacerbação



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

como infecção, broncoespasmo ou insuficiência cardíaca associada, e com o uso regular das medidas terapêuticas habitualmente recomendadas, em doses adequadas.

VI-INDICAÇÃO DE TRATAMENTO:

Segundo normas elaboradas pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, que segue consensos internacionais sobre o assunto, a American Thoracic Society (ATS) e a European Respiratory Society (ERS), as indicações de oxigenioterapia domiciliar prolongada são:

a) PaO_2 igual ou inferior a 55mmHg ou SaO_2 igual ou inferior a 88%,
ou

b) PaO_2 entre 56-59mmHg ou SaO_2 igual ou inferior a 89%,
associado a

- 1)Edema por insuficiência cardíaca;
- 2)Evidência de cor pulmonale: clínica e ecocardiograma;
- 3)Hematócrito superior a 56%.

Não existem evidências científicas até o momento sobre a indicação de oxigenoterapia em pacientes com hipoxemia leve-moderada, dessaturação aos exercícios e com hipoxemia noturna isolada.

O PODP não visa funcionar como meio paliativo de sintomas, principalmente dispnéia, e também não será concedido em paciente terminal de doenças como insuficiência cardíaca congestiva, epilepsia ou



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

câncer, como tratamento de suporte psicológico. A ODP nessas situações, sem nenhum benefício objetivo comprovado, poderia comprometer em definitivo o atendimento daqueles realmente necessitados desse tratamento, pela vasta quantidade de pessoas com necessidade comprovada.

VII-REQUISITOS PARA A PRESCRIÇÃO DE ODP:

- 1-Relatório médico contendo diagnóstico principal pelo CID-10.
- 2- Cópia da gasometria arterial identificada com nome e data da coleta, dentro das seguintes condições:
 - Obtida em laboratório com controle de qualidade;
 - Realizada com o paciente em repouso, respirando ar ambiente, estável clinicamente e com terapêutica em seus níveis adequados.
 - Executada recentemente (nos últimos 30 dias), mas no caso de paciente internado a gasometria deve ser de, no máximo, 3 dias da data da avaliação no PODP, com pacientes com previsão imediata de alta hospitalar (colocar esta informação no relatório).
- 3- No caso de hipertensão pulmonar deve constar a cópia do exame em que foi feito o diagnóstico.
- 4- Titulação de O₂ em caso de hipercapnia (gasometrias realizadas em uso de O₂ para indicar quantidade de O₂ suplementar para garantir o melhor PaO₂ sem colocar em risco a vida do paciente com piora da hipercapnia). Em cada gasometria deverá constar com quantos litros de O₂ foi realizada.

Colocar no relatório se histórico de retentor crônico ou não e, se possuir, exames anteriores.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

5- Preenchimento de documento específico de prescrição (Ficha de Prescrição e Controle de O₂), contido em anexo a estas normas.

Obs- as cópias dos exames e dos laudos entregues serão retidas, como comprovante da avaliação, mesmo que seja negada a entrada do paciente no PODP.

VIII FLUXO PARA REQUERIMENTO DE ODP

- Agendar perícia no PODP pelo telefone 3636-2684.
- No dia da perícia o responsável* pelo paciente ou o próprio comparece com ficha de relatório médico (anexo), preenchida pelo médico assistente*¹, e cópia dos seguintes documentos:
- Gasometria arterial em ar ambiente (item VII-2) e, se necessário (ver item VII-4), titulação de O₂.
- Exames que comprovem insuficiência cardíaca, cor pulmonale, hipertensão pulmonar ou policitemia, se for o caso.
- Identidade do paciente e responsável.
- CPF do paciente e responsável.
- Cartão do SUS do paciente.
- Comprovante de residência recente (onde será entregue o cilindro).

* Responsável é alguém que vai representar o paciente na consulta e assinará a documentação, ficando, a partir de então, responsável pela guarda e manutenção dos equipamentos enquanto de uso do paciente.

*¹ Não é necessário que seja Pneumologista.

IX- FONTE:

A fonte preferencial fornecida será cilindro de oxigênio de 10m³.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Critérios para cilindro portátil:

Um cilindro portátil, com duas recargas ao mês, será fornecido para pacientes com $PO_2 < 50 \text{ mmHg}$ em uso de suplementação por 24h, para saídas ocasionais para serviço de saúde (consulta médica, fisioterapia), a critério do médico pneumologista do PODP.

Critérios para concentrador de O_2 :

- Necessidade de 18 ou mais recargas/mês/cilindro
- Local de difícil acesso para colocação de cilindro, definido por prescrição do médico do programa, após visita da firma.

OBS - A fonte de oxigênio indicada somente poderá ser prescrita ou alterada pelo médico pneumologista do PODP.

Todo o equipamento usado na ODP é emprestado ao paciente para seu uso próprio, não podendo ser emprestado ou doado a outrem, e para uso exclusivo em território do Estado do Espírito Santo.

X-CONTROLE DA ODP:

Todo paciente em ODP deverá ser controlado periodicamente, no sentido de se verificar a necessidade da manutenção do tratamento e de avaliar a quantidade de O_2 prescrito, visando melhora da hipoxemia. O objetivo do PODP é o de aumentar a PaO_2 no mínimo a 60 mmHg e/ou a $SO_2 \geq 90\%$ em repouso ao nível do mar.

É obrigatório um controle inicial entre 30 e 90 dias, a critério do médico do PODP e, depois, a cada 6 meses de tratamento sempre com apresentação de cópia de gasometria arterial, colhida como descrito no item VII, recente (nos últimos trinta dias anteriores à consulta no



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

programa) e laudo médico (ver formulário em anexo de prescrição de manutenção de O₂). A critério do médico do PODP o prazo de revisão pode ser alterado para um intervalo menor, se houver alguma alteração no quadro do paciente que requeira uma visita com prazo menor (por exemplo, aparecimento de hipercapnia ou piora importante da hipoxemia).

No caso de normalização da hipoxemia, ou seja, se PaO₂ obtida for igual ou superior à 60mmHg e SO₂ for igual ou superior a 90%, deverão ser feitas mais duas gasometrias como descrito no item VII, com intervalo de quinze dias entre os exames. Caso os valores permaneçam acima dos critérios de manutenção no PODP, o paciente deverá ficar 30 dias em observação, sem uso de oxigênio, mas sem ser excluído do PODP. Após este período, repetir gasometria, se confirmar melhora, o paciente será excluído do Programa.

Todo paciente incluso no PODP deverá ter acompanhamento constante com seu médico assistente.

O paciente poderá ser reincluído no PODP sempre que houver nova necessidade.

XI-CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E ALTA DO PODP:

- 1) Melhora da hipoxemia.
- 2) Suspensão do O₂ pelo médico assistente.
- 3) Abandono do tratamento, sendo considerado abandono falta a duas consultas consecutivas agendadas no PODP, sem justificativa plausível.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- 4) Mudança de local de residência para fora do Estado do Espírito Santo.
- 5) Morte.
- 6) Para inaloterapia.
- 7) Cardiopatia sem insuficiência respiratória crônica.
- 8) Para tratamento paliativo sem hipoxemia grave.
- 9) Não atendimento a duas visitas do médico/fisioterapeuta/enfermeiro da empresa e não comparecimento à consulta agendada no prazo de 07 (sete) dias após convocação.
- 10) Estar internado por mais de 30 (trinta) dias, sem previsão de alta. No caso dos itens 2, 4, 5 e 10, o responsável pelo paciente junto ao PODP deverá se comunicar com o programa o mais breve possível, sendo que, no caso de morte, a cópia do atestado de óbito deve ser entregue no Programa ou enviado por fax no máximo em 72h ao Programa. Caso não o faça, o custo da ODP será encargo do responsável perante ao PODP.

XII ATRIBUIÇÕES

PODP

- Definir diretrizes para a ODP.
- Acolher, cadastrar e orientar o paciente/familiar quanto aos requerimentos para o recebimento da ODP.
- Convocar o paciente ou responsável, quando necessário, para atualização dos documentos ou por outros motivos pertinentes.
- Enviar diariamente para a empresa, a inclusão e exclusão dos pacientes no programa.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- Solicitar à empresa fornecedora relatório mensal de visitas aos pacientes (formulário próprio preenchido).
- Receber a nota fiscal ou fatura e os relatórios de visita, devendo expedir o termo de aceite do serviço e os enviar para o ordenador de despesas.

Gestor

- Homologar, publicar no Diário Oficial e site oficial do Estado do Espírito Santo e divulgar os protocolos nos locais de demanda do serviço (CREs, hospitais, sociedades médicas)
- Disponibilizar recursos financeiros para a ODP.
- Licitar e contratar empresa prestadora de serviço.
- Pagamento da empresa fornecedora.

Firma contratada

- Fornecer a fonte de oxigênio e demais complementos conforme a prescrição do médico perito do PODP.
- Troca mensal do cateter de O2 ou conforme necessidade do paciente.
- Realizar mensalmente visitas domiciliares (fisioterapeuta/enfermeiro/médico da empresa) para monitoramento dos pacientes assistidos e enviar ao PODP mensalmente relatório de visita domiciliar (formulário anexo). Reportar não conformidades (por ex. uso em desacordo com a prescrição).
- Telefone disponível 24h para intercorrências com o funcionamento dos equipamentos (assistência ao funcionamento do equipamento, não assistência clínica), resolvendo a solicitação dos pacientes/responsáveis prontamente.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

-Atender ao PODP conforme o contrato vigente com a SESA.

Usuário

-Apresentar a documentação solicitada para autorização e manutenção da ODP.

-Concordar, assinar e cumprir as normas do Termo de Responsabilidade para a ODP e o Termo de Cuidados para o Uso de Oxigênio Domiciliar.

-Acompanhamento regular com médico assistente, o qual deverá ser contatado em caso de alteração do quadro clínico e nas emergências acionar o SAMU.

-Assinar, anotando na Ficha de Monitoramento Mensal, no campo de observações, qualquer ocorrência quanto ao fornecimento dos equipamentos.

-Informar imediatamente ao PODP sobre internação hospitalar, retorno ao domicílio após a alta, mudança de endereço, viagens, óbito, etc.,

-Atender quaisquer outras informações necessárias ao protocolo.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

XIII-BIBLIOGRAFIA

1-BREVIOLIERI, L. R. C.; MADEU, D.P.; ROMALDINI, J. G. B. Oxigenoterapia na DPOC: indicação, uso no exercício e em viagens aéreas. In: NASCIMENTO, O. A.; PINTO, R. M.C.; BADI, B. G. (editores), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Tabagismo, série Atualização e Reciclagem em Pneumologia-SPPT, volume 8, 2015.

2-Diretrizes do Programa Pulmão Paulistano e de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) – Secretaria Municipal da Saúde – São Paulo, 2010.

3-KROP, H. D.; BLECH, A. J.; COHN, E. Neuropsychiatric effects of continuous oxygen therapy in chronic obstructive disease. **Chest**,v.64, p.317-332. 1973.

4-LILKER, E. S; KARMICH, A; LERNER, L. Portable oxygen-assisted exercise in chronic obstructive lung disease with hypoxemia and cor pulmonale. **Chest**. V 68, p.236-241.1975

5-MARTIN, L. Oxygen therapy: the first 150 years, curiosities, quackeries, and other historical trivia. Disponível em <<http://www.lakesidepress.c20/05/2016.om/pulmonary/papers/ox-hist/ox-hist-intro.html>>. Acesso em 20/05/2016

6-MOORE, R. P.et al. A randomized trial of domiciliary, ambulatory oxygen in patients with COPD and dyspnea but without resting



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

hypoxaemia. **Thorax** (2010). Disponível em
<<http://thorax.bmj.com/content/66/1/32.full.pdf+html>>. Acesso em
20/05/2016.

7-MINISTÉRIO DA SAÚDE, Melhor em casa, a segurança do hospital no conforto do seu lar, **caderno de atenção domiciliar**, volume 2. Disponível em
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf>. Acesso em 20/05/2016.

8-RAGHU, G et al. An official ATS/ERS/JRS/ALAT statement: idiopathic pulmonary fibrosis: evidence-based guidelines for diagnosis and management. **Am J Respir Crit Care Med** Vol 183. pp 788–824, 2011.

9-SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Consenso Brasileiro de Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). **J Pneumol** 26(6), p 341 350, setembro 2000.

10-SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Temas em revisão-Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada**, 2008. Disponível nosite: <www.sbpt.org.br>. Acesso em 20/05/2016.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXOS

DOCUMENTO	PÁGINA
Ficha de relatório médico de solicitação de ODP_____	16
Cuidados ao usar ODP_____	17
Deferimento da solicitação da ODP _____	18
Indicações da ODP _____	19
Indeferimento da solicitação da ODP_____	20
Formulário de Inclusão e Autorização de ODP_____	21
Termo de Responsabilidade_____	22
Autorização Cilindro Portátil_____	23
Controle Interno de Fluxo/Horas_____	24
Controle Liberação de Fluxo/Horas_____	25
Prescrição de manutenção da ODP- frente_____	26
Prescrição de manutenção da ODP- verso_____	27
Formulário de Suspensão da ODP_____	28
Relatório mensal de visita domiciliar_____	29



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE RELATÓRIO MÉDICO DE SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA
DOMICILIAR PROLONGADA

Nome:

Diagnóstico:

CID-10:

Doenças associadas:

Gasometria em ar ab: PO₂: mmHg PCO₂: mmHg SO₂: % data:

Titulação de O₂: data:

L/min

L/min

L/min

L/min

PO₂:

PCO₂:

SO₂:

Resultado de exames:

Doente internado: () Não

() Sim Hospital:

Previsão de alta:

Observações:

Indicação de prescrição: L/min, h/dia.

Dados do médico solicitante:

Nome: _____



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CRM: _____ Telefone para contato: _____

Assinatura e carimbo:

CUIDADOS AO USAR OXIGÊNIO DOMICILIAR PROLONGADO:

-Você está sendo incluído no Programa de Oxigênio Domiciliar Prolongado (PODP) da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo a partir desta data, **sendo obrigatório o comparecimento seu ou do seu responsável a cada 3/6 meses com laudo do seu médico assistente com a prescrição de quantos litros por minuto e quantas horas por dia de oxigênio vai usar. O não comparecimento a duas consultas consecutivas, sem justificativa implica em exclusão do PODP por abandono.**

-Nunca mude o fluxo do oxigênio por conta própria, só com ordem médica, pois o oxigênio, em algumas doenças pode ser tóxico se em dosagem maior do que a prescrita, podendo levar o paciente a entrar em coma e até morrer por parada respiratória. Se houver mudança do fluxo de oxigênio pelo seu médico assistente comunique imediatamente ao PODP.

-Não use álcool ou outro sedativo sem ordem médica porque podem levar a uma diminuição da frequência respiratória, agravando a dificuldade de respirar e até levar à morte.

-Não use lubrificantes de lábios, loção ou cremes que contenham petróleo em sua fórmula. A combustão de produtos inflamáveis contendo petróleo pode ocorrer e ser mantida pelo oxigênio.

-Evitar fósforos, isqueiro, velas, aerrosol (medicamento, inseticida, laquê ou perfume) e cigarro perto do cilindro.

- Cuidado também com outras fontes de calor, tipo fogões, aquecedor elétrico ou a gás próximo do cilindro.

- É importante que o cilindro seja colocado em local seguro, firme, de preferência preso na parede.

-Lembre-se de que quando não em uso, o cilindro deve ser bem fechado, para não haver escape do oxigênio.

- Lavar o cateter nasal duas vezes por semana com sabão líquido.

-Lavar o umidificador com sabão líquido e água quente a cada troca de líquido, secando antes de recolocar o líquido.

- Trocar cateter nasal uma vez por mês. Em caso de gripe ou resfriado, trocá-lo assim que melhorar do quadro.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- Qualquer mudança (suspensão ou mudança do tratamento pelo médico, internação, morte do paciente) deve ser imediatamente comunicada ao Programa.
- Em caso de dúvida contate o P.O.D.P. pelo telefone (27) 3636-2684

Ao:

Dr(a)

O/A Sr.(a) _____
está sendo incluíd(o/a) no Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada da SESA.

É obrigatória a apresentação tri ou semestral ao Programa, com consulta agendada pelo telefone 27-3636-2684, com laudo médico recente (intervalo de 30 dias da data da consulta) com a prescrição, se ainda houver necessidade, de quantos litros/min e quantas horas/dia usará e gasometria arterial em ar ambiente recente (no máximo 30 dias da consulta). Se hipercapnia, deverá trazer titulação, com gasometrias com O₂ para avaliação de quantos litros/min será liberado.

Cariacica, ES, ____/____/____.

Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INDICAÇÕES DA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA:

1) Oxigenoterapia contínua por longo tempo:

$PAO_2 =$ ou $< 55\text{mmHg}$ ou $SAO_2 =$ ou $< 88\%$ ou

PAO_2 entre $56 - 59\text{mmHg}$ ou $SAO_2 =$ ou $< 89\%$ associada a:

- edema causado por ICC descompensada;
- evidência de cor pulmonale;
- hematócrito = ou $> 56\%$.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CENTRO REGIONAL DE ESPECIALIDADES METROPOLITANO

Ao:

Dr(a)

O/A Sr.(a) _____ não preenche os
critérios de inclusão no Programa de Oxigenoterapia Domiciliar
Prolongada.

Colocamo-nos à disposição para, se houver necessidade no futuro,
reavaliarmos o caso.

Atenciosamente,

Cariacica, ES, ____/____/____.

Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**Núcleo Regional de Especialidades Metropolitano
Formulário de Inclusão e Autorização de Oxigenoterapia
Domiciliar**

**Endereço: Rodovia BR 262 – KM 0 – Edf. Eng. Tavares Collins - Jardim
América – Cariacica – ES
CNPJ: 27.080.605/0012-49 / CEP: 29140-130 Telefone : (27) 3636-
2684/3636-2676**

Nome da Coordenadoria

Responsável: _____

Telefone de Contato: _____

Responsável pelo Pedido _____

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente _____

RG Nº. _____ CPF Nº _____ Data Nascimento ____/____/____

Endereço Entrega: _____ Nº. _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado _____

CEP: _____ Tel. Residencial: _____ Tel Recado _____

Cartão SUS _____ Plano de saúde: _____

Patologia _____

Vazão _____ litros/minuto - Tempo de uso por dia _____

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome do Responsável: _____

RG Nº. _____ CPF Nº. _____ Data nasc. ____/____/____

Observações:

- 1- Informamos que é necessária a apresentação da Prescrição Médica (xérox ou original).**
- 2- Por favor, confirmar o fax através do telefone acima.**
- 3- IMPORTANTE: Todos os campos deste formulário deverão ser preenchidos.**



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Espírito Santo ____/____/____

Nome e Assinatura do Responsável:

CENTRO REGIONAL DE ESPECIALIDADES METROPOLITANO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, portador do Cartão Nacional do SUS – CNS nº _____, residente no endereço:

Bairro: _____ CEP: _____, Município: _____, ES,
telefone (s): _____, declaro estar ciente de que o meu
familiar: _____, CNS: _____

está entrando no **Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (PODP)** da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo - SESA a partir desta data.

Estou ciente da minha inteira responsabilidade na guarda e conservação do(s) equipamento(s) que serão fornecidos por **EMPRÉSTIMO**, no compromisso assumido de comparecer às consultas no P.O.D.P. sempre que solicitado pela equipe, de apresentar documentos, exames e relatórios médicos nos prazos estabelecidos pelo Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada, bem como, comunicar ao programa, imediatamente após qualquer modificação da prescrição do uso de oxigenoterapia domiciliar feita pelo médico assistente. Em caso de minha saída do Programa (por suspensão, desistência ou óbito), os equipamentos que me foram emprestados deverão ser devolvidos à empresa que os forneceu. Se houver, o óbito do paciente, o atestado de óbito deverá ser apresentado em no máximo 72h do ocorrido ao PODP.

Em caso de perda ou roubo da aparelhagem deverei apresentar um Boletim de Ocorrência Policial, referente ao fato, ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada em até 72h.

CARIACICA, _____ de _____ de _____



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

ASSINATURA: _____

CENTRO REGIONAL DE ESPECIALIDADES METROPOLITANO

**PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA –
PODP**

**AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE CILINDRO PORTÁTIL DE
OXIGÊNIO**

NOME DO PACIENTE: _____

PRONTUÁRIO: _____

MUNICÍPIO: _____

DATA: ____/____/____

Autorizo a liberação de cilindro portátil de oxigênio para o paciente acima, com direito à 02 (DUAS) recargas por mês.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente de que o cilindro portátil de oxigênio destina-se única e exclusivamente para o deslocamento do paciente para consultas médicas e possíveis urgências.

NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: _____

CENTRO REGIONAL DE ESPECIALIDADES METROPOLITANO
PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

NOME:

Nº

DATA	FLUXO	HORAS/DIA	RETORNO EM	MÉDICO



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Retorno: _____

Observações:

Médico: _____

Funcionário: _____

Assinatura do responsável: _____

**Centro Regional de Especialidades - Br 262, Km0, Jardim América
Cariacica-ES (ao lado da estação Pedro Nolasco), CEP-29-140-130
tel-3636-2676/3636-2684**

CENTRO REGIONAL DE ESPECIALIDADES METROPOLITANO
PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILAR PROLONGADA

NOME:

CID-10:

PRESCRIÇÃO DE O₂: L/min, por h/dia.

OBSERVAÇÕES:

____/____/____



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Médico do prescritor (assinatura e carimbo)

TRAZER PREENCHIDO EM _____
_____ DE 200__, JUNTO COM A GASOMETRIA ARTERIAL DE
REPOUSO E EM AR AMBIENTE, FEITA, NO MÁXIMO, 30 DIAS ANTES DA
CONSULTA.

AGENDAR CONSULTA NO TELEFONE 27-3636-2684



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL DE VISITA DOMICILIAR

Nome:

Prescrito: Fluxo: Horas/dia
Usado: Fluxo: Horas/dia

Avaliação clínica: FC: FR:
Oximetria de pulso: ar amb: O₂ prescrito:

Avaliação técnica:
-aspectos do equipamento:

Identificação do profissional de saúde:

Nome: conselho: nº
Assinatura e carimbo:

Avaliação do paciente/responsável/familiar:



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Nome do paciente/responsável/familiar:
Assinatura do paciente/responsável/familiar:
Data da visita:

CENTRO REGIONAL DE ESPECIALIDADES METROPOLITANO

PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA – (PODP)

Cariacica, ES, _____ de _____ de _____.

MEMO/CREME/PODP/Nº. _____.

Processo Nº.: _____.

Assunto: SUSPENSÃO DE FORNECIMENTO DE OXIGÊNIO DOMICILIAR

- () Óbito
() Abandono
() Alta do PODP

Solicitamos a suspensão do fornecimento de Oxigênio Domiciliar, bem como da Locação de Cilindro e Regulador (se for o caso), para o paciente abaixo relacionado a partir da presente data.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Nome do Paciente:

Nome do Responsável:

Motivo da Suspensão:

Atenciosamente

Nesta

CENTRO REGIONAL DE ESPECIALIDADES METROPOLITANO
Br 262, Km Zero, Jardim América - Cariacica-ES CEP: 29.140-130
(Ao lado da Estação Pedro Nolasco) Tel: 3636-2684/3636-2676