



MUNICÍPIO DE ITUPEVA
ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria
de
Saúde



PROTOCOLO

PROGRAMA MELHOR EM CASA

Secretaria Municipal de Saúde

Itupeva-SP, outubro de 2024.



MUNICÍPIO DE ITUPEVA
ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria
de
Saúde



PREFEITO MUNICIPAL
ROGÉRIO CAVALIN

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CATARINA HASS LOPES DI GIOVANNI

ELABORAÇÃO

Dra. Elieth Aparecida Floresti - Médica
Silvana Aparecida Alves Parreira – Enfermeira
Vanessa Cristina Pereira - Fisioterapeuta

ORGANIZAÇÃO:

Rosali M^a J. M. Montero – Enfermeira
Educação Permanente em Saúde

DOCUMENTO:

1^a edição - maio de 2022
Revisão - outubro de 2024.



EQUIPE DO PROGRAMA MELHOR EM CASA / 2024

Dra Elieth Aparecida Floresti - Médica

Marcilene Silva Pereira de Souza - Enfermeira e Responsável Técnica

Karen Volpato – Enfermeira Administrativa

Fernanda de Oliveira Pinheiro Abreu - Técnica de Enfermagem

Maria Gorete dos Santos - Técnica de Enfermagem

Ronaldo Cossa - Técnico de Enfermagem

Cristiane da Fonseca Simões - Fisioterapeuta Respiratória (Licença maternidade)

Eduardo C. Nogueira - Fisioterapeuta

Barbara Rany Bertolini - Estagiária de Fisioterapia

Shirlei Cecília de Moraes Letrinha - Assistente Social

Marcia Aparecida Guimarães Senehara - Fonoaudióloga

Maria Zulmira Belboni - Telefonista Recepção

José Paulo Zangarini - Motorista

Silvia Letícia Carvalho Rocha Santos - Auxiliar de Serviços Gerais



ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROGRAMA MELHOR EM CASA	4
1. INTRODUÇÃO	4
I – Atenção Domiciliar 1 (AD1): Unidade Básica de Saúde	4
II – Atenção Domiciliar 2 (AD2): Programa Melhor em Casa	5
III – Atenção Domiciliar 3 (AD3): Programa Melhor em Casa	5
2. CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS	6
3. FLUXOGRAMA: ELEGIBILIDADE PARA O PROGRAMA MELHOR EM CASA	7
4. FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA: Serviço de Atenção Domiciliar	8
CAPÍTULO II: OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (ODP)	9
1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS: Geral e Específico:	12
3. BASES CIENTÍFICAS: para a oxigenoterapia domiciliar prolongada	12
3.1. Melhora da sobrevida	12
3.2. Melhora da qualidade de vida	12
3.3. Redução do número de internações	13
3.4. Melhora do estado neuropsíquico	13
4. EFEITOS FISIOLÓGICOS FAVORÁVEIS DA OXIGENOTERAPIA PROLONGADA DOMICILIAR	13
5. DEFINIÇÃO DA INDICAÇÃO	13
6. INDICAÇÃO DE TRATAMENTO	14
7. CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA A INDICAÇÃO DE ODP	14
7.1. Oxigenoterapia prolongada	14
7.2. Oxigenoterapia noturna	15
8. CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS PARA ADMISSÃO AO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR (PARTE MÉDICA)	15
9. CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR (PARTE DO PACIENTE)	16
10. CRITÉRIOS EXCLUSÃO DO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR	16
11. FLUXOGRAMA: Solicitação Instalação de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada	17
12. TERMO DE RESPONSABILIDADE	18
13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19



CAPÍTULO I:

PROGRAMA MELHOR EM CASA

1. INTRODUÇÃO

O Programa Melhor em Casa é pioneiro na cidade de Itupeva desde junho de 2013. A equipe multidisciplinar é composta pelos seguintes profissionais: 01 médica, 01 enfermeira, 03 técnicos de enfermagem, 01 fisioterapeuta, 01 fonoaudióloga e 01 servidor administrativo. Atualmente situa-se à Rua Antônio de Almeida, 155 - Parque Amaryllis - Itupeva / SP, telefone (11) 4290-1499, com horário de funcionamento das 07:00 às 16:00 horas, de segunda à sexta feira.

A relação do Programa Melhor em Casa com a rede hospitalar é estratégica e fundamental para viabilizar a desospitalização, permitindo que usuários internados continuem o tratamento em casa, de forma abrangente e responsável, abreviando o tempo da internação.

Um dos preditores de permanência inapropriada dos usuários no hospital é a disponibilidade ou não de serviço de atenção domiciliar.

Atenção domiciliar está organizada em três modalidades, de acordo com as necessidades de cuidados peculiares a cada caso, a periodicidade indicada às visitas, a intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos em:

I - Atenção Domiciliar 1 (AD1): Unidade Básica de Saúde

Considera-se elegível, na modalidade AD1, o usuário que, tendo indicação de Atenção Domiciliar, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, umas vezes que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. A prestação de assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de Atenção Básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso.



II – Atenção Domiciliar 2 (AD2): Programa Melhor em Casa

Considera-se elegível na modalidade AD2, o usuário que, tendo indicação de Atenção Domiciliar e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente procedimentos de maior complexidade:

- Agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parentais ou reabilitação;
- Afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento mínimo semanal;
- Necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico ou mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário;
- Adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia; uso de órtese/próteses; sondas e ostomias;
- Acompanhamento domiciliar em pós-operatório de pacientes debilitados e/ou com limitações de deambulação;
- Uso de aspirador por vias aéreas;
- Atenção nutricional permanente ou transitória;
- Medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido;
- Presença de feridas/úlceras extensas em uso de curativos complexos.

III – Atenção Domiciliar 3 (AD3): Melhor em Casa

Considera-se elegível na modalidade AD3, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamentos ou agregação de procedimentos de maior complexidade, usualmente demandando maior frequência de acompanhamento domiciliar (no mínimo uma visita semanal).

O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade do serviço de Atenção Domiciliar (Programa Melhor em Casa).

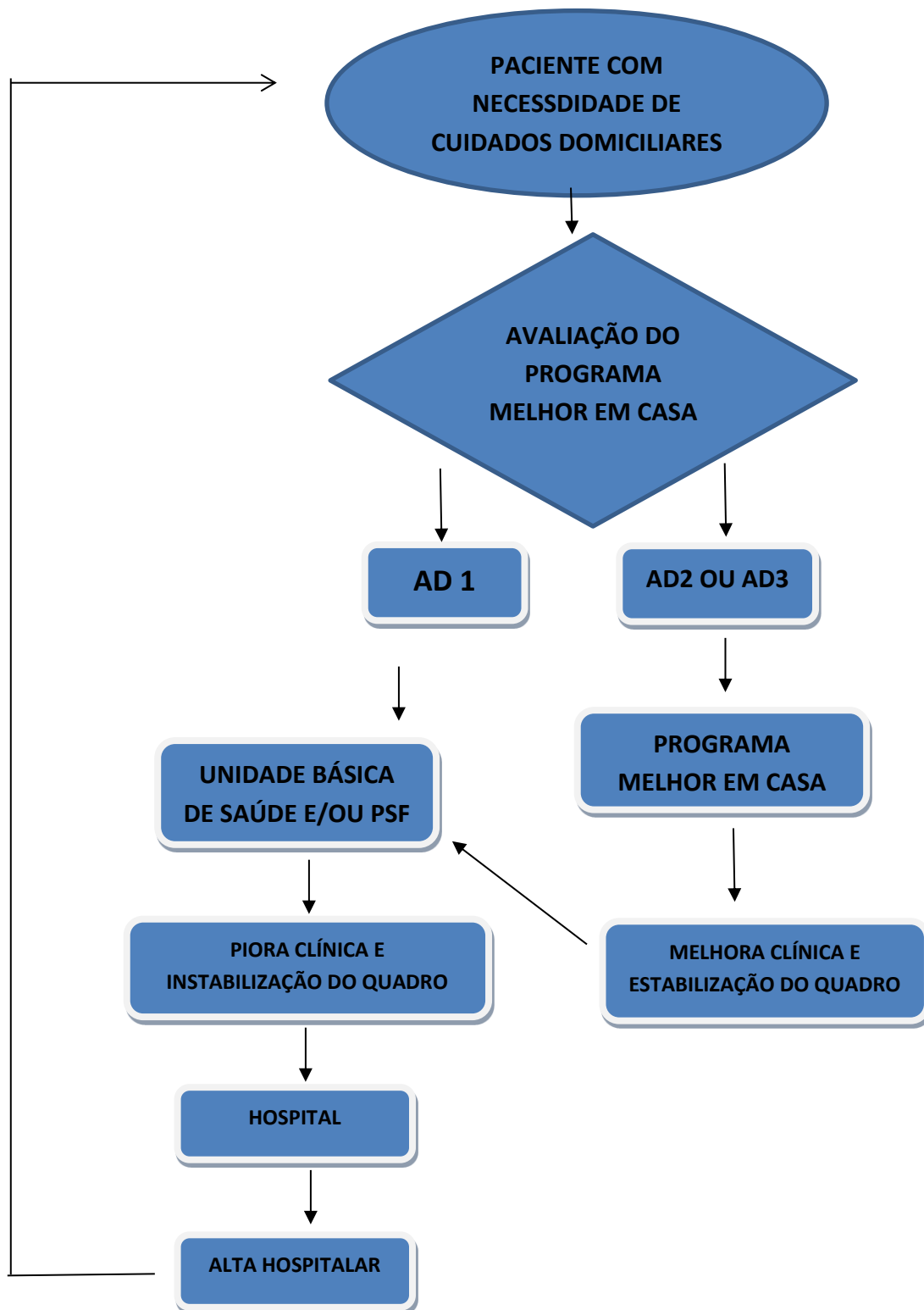


2. CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS

- ✓ As primeiras visitas serão realizadas pela equipe do Programa Melhor em Casa;
- ✓ Todos os pacientes de modalidade AD1 ficarão sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde e/ou PSF;
- ✓ O Programa Melhor em Casa só assumirá usuários AD2 e AD3, e os usuários AD1 só assumirá onde não tem PSF como exemplo: Centro, Jardim Europa, São José, Santa Helena;
- ✓ Após a primeira visita e avaliação da equipe do Programa Melhor em Casa, o usuário será encaminhado para a UBS e/ou PSF caso não tenha critérios para ser admitido no Programa através de encaminhamento médico realizado pela médica responsável na própria residência do paciente, ficando de responsabilidade do familiar a procurar a UBS e/ou PSF;
- ✓ Transferências de casos ou solicitações de visitas da Equipe do Programa Melhor em Casa, poderá ser solicitada previamente via telefone para esclarecimento do caso, porém fica imprescindível a solicitação formal via e-mail melhoremcasa@itupeva.sp.gov.br;
- ✓ O paciente é considerado modalidade AD2 ou AD3 se houver necessidade de no mínimo uma visita semanal;
- ✓ Os pacientes que fazem parte da modalidade AD1, conforme alteração do quadro clínico, podem a qualquer momento passar a ser de modalidades AD2 ou AD3, ficando sob responsabilidade da equipe do Programa Melhor em Casa, porém com necessidade de informar o quadro do paciente. Havendo melhora do quadro, retornam à equipe de origem (ambas as solicitações, deverão ser feitas através de formalização via e-mail melhoremcasa@itupeva.sp.gov.br);
- ✓ Antes das transferências dos casos, das UBS/PSF para o Programa Melhor em Casa, deverá haver comunicação entre as enfermeiras e/ou médicos (as) responsáveis;
- ✓ Toda comunicação pode ser realizada via telefone, porém fica indispensável o preenchimento do formulário de referência e contra referência em anexo através da formalização via e-mail.



3. FLUXOGRAMA: ELEGIBILIDADE PARA O PROGRAMA MELHOR EM CASA





4. FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Unidade Solicitante:
Profissional:

Nome do Paciente:		
CNS:	Data de Nasc.:	Telefone:
Endereço:		

Solicitação do Encaminhamento

Data: ____/____/____

Carimbo e Assinatura Profissional

Unidade Referenciada:
Profissional:

Parecer da Unidade Referenciada

Data: ____/____/____

Carimbo e Assinatura Profissional



C A P Í T U L O II:

OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (ODP)

O Programa Melhor em Casa, mantido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Prefeitura Municipal de Itupeva, oferece o serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP), que atende os pacientes em domicílio com necessidade de uso oxigênio e os demais equipamentos necessários para a realização do tratamento adequado de pacientes com doenças pulmonares, viabilizando a diminuição de internações hospitalares, riscos de infecções e melhora da qualidade de vida e sobrevida.

O serviço de ODP é pioneiro na cidade de Itupeva, situado na Rua Antônio de Almeida, 155 - Parque Amarylis - Itupeva / SP, no Programa Melhor em Casa, telefone (11) 4290-1499, com horário de funcionamento das 07:00 às 16:00 horas, de segunda à sexta feira e coordenado pela fisioterapeuta Vanessa Cristina Pereira e Coordenadora Técnica do Programa Melhor em Casa.

Importante salientar, que de acordo com o contrato vigente entre a Prefeitura Municipal de Itupeva e a empresa responsável pela locação dos equipamentos de oxigenoterapia domiciliar, seguindo os seguintes critérios:

- ✓ Serão aceitas as solicitações somente de segunda a sexta feira, das 07:00 às 16:00 horas;
- ✓ As instalações dos mesmos são realizadas somente às terças e quintas feiras de cada semana, devendo assim ficar de responsabilidade da parte hospitalar, a programação adequada para alta do paciente, quando este estiver internado;
- ✓ Cada paciente admitido no programa tem direito a 01 concentrador portátil elétrico de oxigênio, 01 cilindro de 8m³ (utilizado somente para backup em caso de falta de energia elétrica e/ou problemas técnicos dos aparelhos), 01 cilindro de 1m³ (utilizado somente para transporte em saídas relacionadas à saúde como por exemplo exames e/ou consultas médicas), e todos os acessórios necessários como cateter nasal, máscara facial, máscara para traqueostomia e umidificador;



- ✓ Equipamentos de Ventilação Mecânica Não Invasiva (CPAP e BIPAP) são fornecidos aos pacientes com os diagnósticos de Distrofias Musculares e Síndrome de Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS), mediante a prescrição médica e juntamente com o exame de Polissonografia.

As visitas a esses pacientes admitidos no programa de ODP são realizadas uma vez a cada dois meses pela fisioterapeuta. A fisioterapeuta, mediante a sua avaliação, fica responsável por dar alta do Programa caso o paciente esteja há mais de 15 dias sem necessidade do uso de oxigênio e deixando ciente que caso volte a precisar, o paciente deverá retornar ao médico e reiniciar novamente o processo para admissão no Programa.

A cada seis meses é realizado gasometria arterial de rotina e esses pacientes passam em consultas de rotina para acompanhamento com o pneumologista ou com o médico responsável por cada caso.

A solicitação da oxigenoterapia domiciliar é realizada somente quando recebemos todas as documentações necessárias através do responsável pelo paciente.

1. 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 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 $PaO_2 \geq 60$ 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 às internações, muito mais onerosas que o tratamento domiciliar.

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



2. OBJETIVOS

- A) **Geral:** O Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada da Secretaria de Saúde da cidade de Itupeva, visa proporcionar maior qualidade de vida e maior sobrevida aos pacientes portadores de hipoxemia comprovada, residentes no município.
- B) **Específico:** Normatizar a indicação do uso da oxigenoterapia domiciliar e o seu controle no âmbito do SUS-SP, pela liberação de oxigênio para uso domiciliar e pelo acompanhamento regular desses pacientes.

3. BASES CIENTÍFICAS PARA A OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

- 3.1. Melhora da sobrevida:** Duas pesquisas controladas na década de 80, feitos 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 PaO₂ abaixo de 55mmHg em uso de O₂ no mínimo 15h/dia com um grupo controle sem receber O₂, sendo que ao final de 500 dias, a mortalidade no grupo controle foi de 29% e no grupo com O₂ de 12%. No trabalho americano, pacientes com PaO₂ abaixo de 55mmHg foram divididos em dois grupos: um em uso de O₂ 24h e outro usando O₂ por 12h/noturnas, sendo que ao final de 5 anos, a sobrevida no grupo usando O₂ por 24h era de 62% e no grupo usando 12h/noturnas era de 16%.
- 3.2. Melhora da qualidade de vida:** Lilker, Karmich e Lerner (1975) constataram que portadores de DPOC aumentam a distância caminhada quando em uso de O₂.



3.3. Redução do número de internações: A necessidade de internações de pacientes com DPOC diminui quando usam ODP.

3.4. 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 um 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.

4. EFEITOS FISIOLÓGICOS FAVORÁVEIS DA OXIGENOTERAPIA PROLONGADA DOMICILIAR

a) Melhora do transporte e liberação de oxigênio para os tecidos;

1) Correção da policitemia secundária à hipoxemia;

2) Evolução da função pulmonar: menor declínio

3) Prevenção de arritmias cardíacas durante o sono e stress miocárdico hipóxico;

4) Atenuação ou estabilização da hipertensão pulmonar decorrente de hipoxemia.

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



6. 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) PaO₂ igual ou inferior a 55mmHg ou SaO₂ igual ou inferior a 88%;
- b) PaO₂ entre 56-59mmHg ou SaO₂ igual ou inferior a 89%, associado a Edema por insuficiência cardíaca, evidência de cor pulmonale, clínica e ecocardiograma;
- c) Hematócrito superior a 56%. Não existem evidências científicas até o momento sobre a indicação de oxigenioterapia em pacientes com hipoxemia levemente 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 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.

7. CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA A INDICAÇÃO DE ODP

A indicação de oxigenioterapia baseia-se em dados gasométricos e clínicos, que devem ser obtidos quando o paciente está em período clínico estável. Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, constituem indicação para prescrição de oxigenioterapia domiciliar prolongada a baixos fluxos os seguintes achados laboratoriais e exames físicos:



7.1. Oxigenoterapia prolongada:

- PaO₂ menor ou igual a 55mmHg ou saturação de O₂ menor ou igual a 88%;
- PaO₂ entre 56mmHg e 59mmHg ou saturação de O₂ igual a 89% associado a edema por insuficiência cardíaca, evidência de cor pulmonale ou hematócrito superior a 56%.

Oxigenoterapia durante o exercício:

- PaO₂ menor ou igual a 55mmHg ou saturação de O₂ menor ou igual a 88% documentada durante o exercício;

7.2. Oxigenoterapia noturna: (comprovação por meio de polissonografia)

- PaO₂ menor ou igual a 55 ou saturação de O₂ menor ou igual a 88% documentada durante o sono.

Para a prescrição da oxigenoterapia domiciliar prolongada, é necessário coleta de gasometria arterial recente. Esta deverá ser coletada com o paciente em respiração espontânea e em ar ambiente, pois assim permite a avaliação da condição ventilatória e a hipoxemia.

8. CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS PARA ADMISSÃO AO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR (PARTE MÉDICA)

Para admissão ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar, é necessário:

Laudo atualizado emitido pelo médico contendo as seguintes informações:

- ✓ Data de Internação Hospitalar;
- ✓ Diagnóstico de Internação;
- ✓ Código Internacional de Doenças – CID;
- ✓ Comorbidades e/ou outras patologias relacionadas;
- ✓ Gasometria Arterial (recente e coletada com o paciente em repouso e em ar ambiente);
- ✓ Histórico da Internação;



- ✓ Resumo de alta hospitalar;
- ✓ Medicamentos em uso (nomes e doses);
- ✓ Tempo e fluxo de uso do oxigênio.

9. CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR (PARTE DO PACIENTE)

Para admissão ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar, é necessário:

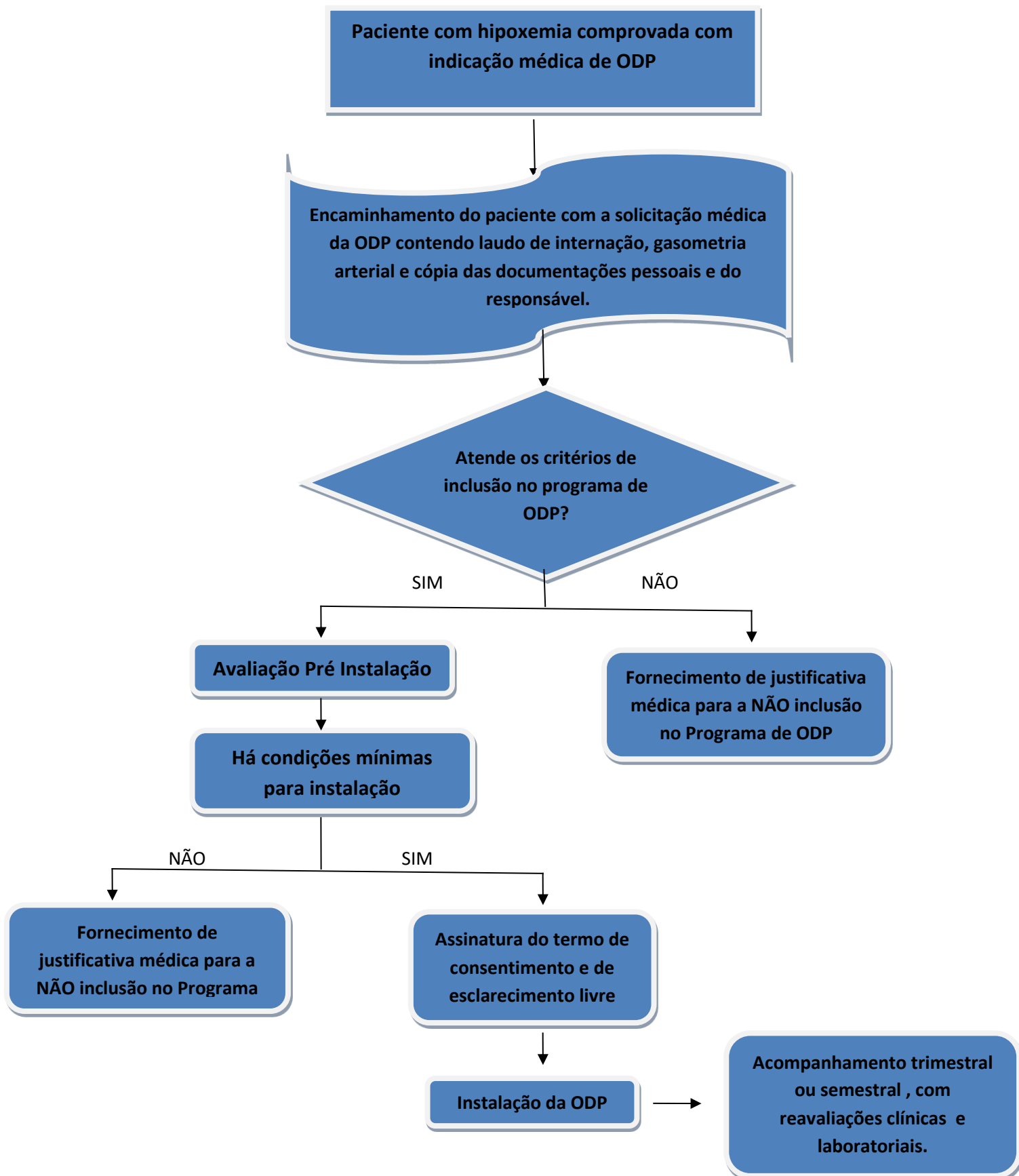
- ✓ Residir no município de Itupeva;
- ✓ Laudo devidamente preenchido fornecido pelo médico;
- ✓ Gasometria Arterial;
- ✓ Cópia dos Documentos: (RG, CPF, Cartão do SUS, Comprovante de Endereço);
- ✓ Cópia dos Documentos do Responsável: (RG e CPF).

10. CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO DO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

- ✓ Melhora da hipoxemia;
- ✓ Suspensão do O₂ pelo médico assistente;
- ✓ Abandono do tratamento, sendo considerado abandono falta a duas consultas consecutivas agendadas no Centro de Especialidades, sem justificativa plausível;
- ✓ Uso incorreto do oxigênio ou abandono no uso do mesmo;
- ✓ Mudança de residência para outra cidade;
- ✓ Morte;
- ✓ Cardiopatia sem insuficiência respiratória crônica;
- ✓ Para tratamento paliativo sem hipoxemia grave;
- ✓ Não atendimento a duas visitas da fisioterapeuta do Programa de ODP e não comparecimento à consulta agendada;
- ✓ Estar internado por mais de 30 (trinta) dias, sem previsão de alta. No caso dos itens 2, 5, e 6, o responsável pelo paciente deverá comunicar Programa o mais breve possível.



11. FLUXOGRAMA: Solicitação de instalação de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada





12. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu _____, portador do
RG: _____, CPF: _____, responsável pelo paciente:

RG: _____, CPF: _____, CNS: _____,
residente à _____, inscrito no
Programa Melhor em Casa, recebi em caráter de **EMPRÉSTIMO** da Prefeitura Municipal de Itupeva
(Secretaria de Saúde) os equipamentos/materiais abaixo relacionados:

- () Concentrador de oxigênio elétrico portátil
- () Cilindro de oxigênio de 8m³ de backup
- () Cilindro de oxigênio de 1m³ para transporte
- () Cateter nasal () Máscara de nebulização () Máscara para nebulização de TQT
- () Umidificador
- () CPAP + Acessórios
- () BIPAP + Acessórios

Estou ciente da minha inteira responsabilidade na guarda e conservação dos equipamentos fornecidos, mantendo sempre em bons cuidados de higienização.

Me comprometo em apresentar receitas, relatórios médicos e exames solicitados pela equipe do atendimento domiciliar no prazo estabelecido.

Farei uso correto do oxigênio conforme prescrição e orientação médica/fisioterapêutica.

Estou ciente em comunicar ao Programa Melhor em Casa as eventuais intercorrências que impliquem na interrupção do tratamento, tais como: inadaptação ao dispositivo, mudança de endereço, alta médica/clínica ou óbito.

Em caso de extravio ou não cumprimento deste item, implicará na abertura de um Processo Administrativo seguido de Boletim de Ocorrência contra o usuário ou responsável.

Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura/Carimbo Profissional Programa Melhor em Casa

Data: ____/____/____



13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Melhor em casa: A Segurança do Hospital no Conforto do seu Lar, Caderno de Atenção Domiciliar, volume 2. Acesso em 20/05/2016.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. BR 262, Km 0, Ed. Eng. Cristiano Tavares Collins e Ed. Centro de Operações Ferroviária, Jardim América - Cariacica/ES (ao lado da Ferroviária Pedro Nolasco) - CEP 29.140-261.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Diretrizes do Programa Pulmão Paulistano e de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) – Secretaria Municipal da Saúde - São Paulo, 2010.

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. Acesso em 20/05/2016.

MOORE, R. P.et al. A randomized trial of domiciliary, ambulatory oxygen in patients with COPD and dyspnea but without resting hypoxaemia. Thorax (2010). Acesso em 20/05/2016.

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. Acesso em 20/05/2016.