



# PUBLICADO

Extrema, 09 / 07 / 2021

**PORTARIA Nº. 2.363**

**DE 09 DE JULHO DE 2021.**

**“Aprova as diretrizes para Oxigenoterapia Domiciliar, e dá outras providências.”**

**CONSIDERANDO** o documento intitulado “*Diretrizes para Oxigenoterapia Domiciliar*”, elaborado e expedido pela Secretaria Municipal de Saúde, referente ao procedimento a ser observado para fins de uso de oxigênio suplementar por pelo menos 15 (quinze) horas por dia em pacientes com hipoxemia crônica a baixos fluxos;


**O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE EXTREMA**, Senhor João Batista da Silva, no uso de suas atribuições legais,

## **DETERMINA:**

**Art. 1º** - Fica aprovado o procedimento referente às “*Diretrizes para Oxigenoterapia Domiciliar*”, que com esta se publica, regulamentando o uso de oxigênio suplementar por pelo menos 15 (quinze) horas por dia em pacientes com hipoxemia crônica a baixos fluxos, na forma dos **Anexos I, II e III**, que passam a fazer parte integrante e indissociável desta Portaria.

**Art. 2º** - O procedimento referente às “*Diretrizes para Oxigenoterapia Domiciliar*” poderá ser revisado, sempre que necessário à atualização das diretrizes e sua harmonização e alinhamento em relação às melhores práticas de saúde relacionadas ao tema, observando-se, ainda, os critérios definidos pelas autoridades federais e estaduais de saúde.

**Art. 3º** - Revogadas as disposições em contrário, esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

  
**João Batista da Silva**  
**- Prefeito Municipal -**



## **ANEXO I**

### **DIRETRIZES PARA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR**

#### **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE EXTREMA/MG**

#### **1 CONCEITO**

Oxigenoterapia domiciliar prolongada é definida como o uso de oxigênio suplementar por pelo menos 15 horas por dia em pacientes com hipoxemia crônica a baixos fluxos. A oxigenoterapia consiste em um tratamento em que a pressão parcial do oxigênio no sangue arterial é aumentada por meio de uma maior concentração de oxigênio no ar inspirado. Consiste em uma terapêutica eficaz para os doentes com insuficiência respiratória. O seu objetivo é manter os níveis de oxigenação adequados para evitar a hipoxemia (baixa da concentração de oxigênio no sangue).

#### **2 POPULAÇÃO-ALVO**

São os portadores de enfermidades que residem no Município de Extrema-MG e que, mediante avaliação médica e que preencham os critérios dessa Diretriz estejam indicados para o tratamento com Oxigenoterapia no domicílio, ou seja, pacientes portadores de hipoxemia crônica com doença de base clinicamente estável.

#### **3 RECURSOS FINANCEIROS**

As despesas do Serviço e do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar serão custeadas pelo Fundo Municipal de Saúde de acordo com o estabelecido na programação orçamentária. A prestação deste serviço no Município é realizada por empresa terceirizada, especializada para este fim, mediante Processo Licitatório.

#### **4 CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR**

A indicação de oxigenoterapia domiciliar baseia-se em dados gasométricos e clínicos. A medida da Sat O<sub>2</sub> por oxímetro de pulso é orientadora da hipoxemia, porém não é válida quando isolada para a prescrição da oxigenoterapia domiciliar prolongada. É necessária a gasometria arterial para documentação precisa do grau de hipoxemia e ela deve ser realizada enquanto a doença está estável, sem o uso de oxigênio e com o paciente em repouso.

Constituem indicação para prescrição de oxigenoterapia domiciliar prolongada a baixos fluxos (até 5 litros/minuto) os seguintes achados laboratoriais e de exame físico:

- Apresentar patologia que evolua com hipoxemia e que preencha os critérios para oxigenoterapia domiciliar;
- $PaO_2 \leq 55$  mmHg ou  $SaO_2 \leq 88\%$  em repouso sem acidemia na gasometria arterial;
- $PaO_2$  entre 56 e 59 mmHg ou  $SaO_2 \leq 89\%$  associado a: Edema periférico; Evidência de hipertensão pulmonar;
- Hematócrito  $\geq 55\%$ .

## **5 CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS DE EXCLUSÃO OU RECUSA DO SERVIÇO**

- Não preenchimento completo da solicitação médica de acordo com o especificado nesta Diretriz;
- Ausência de identificação nos exames dos dados do paciente, documentos ilegíveis ou ausentes, data dos exames superior ao estabelecido nesta Diretriz;
- Não cumprimento dos processos/etapas constantes nesta Diretriz, não respeitando o fluxograma e prazos.
- Condições de moradia e outros indicadores socioeconômicos e culturais incompatíveis com as necessidades mínimas do serviço;
- Pacientes que não possuem um responsável/cuidador para atender os cuidados mínimos necessários;
- O não uso ou o uso inadequado dos equipamentos, causando danos tanto ao usuário quanto ao patrimônio;
- Impossibilidade, por qualquer motivo, de aderir ao tratamento de acordo com a prescrição médica e da equipe multidisciplinar.
- Não residir ou mudar para área de não abrangência do Município.

## **6 CRITÉRIOS PARA PERMANÊNCIA NO SERVIÇO**

- Reavaliação médica, de preferência por Pneumologista, no mínimo a cada 6 meses para renovação da indicação da prescrição da Oxigenoterapia (Apresentar carta médica).
- Reavaliação médica após episódios de exacerbação da doença ou após alta hospitalar.
- Atender todas as responsabilidades vigentes nesta Diretriz no item 9.5.
- Não apresentar nenhum critério de exclusão constante no item 5 desta Diretriz.

## **7 CRITÉRIOS PARA ENCERRAMENTO OU SUSPENSÃO DO SERVIÇO**

- A critério clínico após reavaliação médica e equipe multidisciplinar.
- Presença de qualquer critério de exclusão constante no item 5 desta Diretriz.
- Não cumprimento das responsabilidades vigentes nesta Diretriz no item 9.5.
- Óbito.

## **8 PROCESSO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO**

### **8.1 Fluxo de acesso ao serviço de Oxigenoterapia Domiciliar**

### SOLICITAÇÃO MÉDICA

- Solicitação médica que conste o nome do paciente, diagnóstico - CID, dados da gasometria arterial, o fluxo de oxigênio necessário, o número de horas por dia a ser usado, tipo de via (cateter ou máscara), assinatura, carimbo e data (não superior a 15 dias);
- Exame de gasometria arterial (não superior a 15 dias), contendo: identificação do paciente e data;
- Exames complementares que se fizerem necessários. Ex: HEMATOCRITO, TC, US, ECO, ESPIROMETRIA...

### PARECER TÉCNICO

O setor solicitante (Hospital, Pronto Atendimento, ESFs, Especialidades) deverá entrar em contato com a equipe do EMAD (Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar) via contato telefônico ou Whatsap pelo número (35) 9 9173-3351 ou através do link: [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfCsKOY7eqjoCD\\_OiNDvrAeuQSyZsmT8ZeyzUI5NE0lwtq37g/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfCsKOY7eqjoCD_OiNDvrAeuQSyZsmT8ZeyzUI5NE0lwtq37g/viewform), para obter o deferimento ou indeferimento diante da solicitação médica e exames complementares apresentados.

#### DEFERIDO

Autorização da entrega da indicação médica ao responsável/familiar do paciente para anexar a documentação pessoal necessária:

- Cópia CPF, RG, Comprovante de residência, e declaração do PSF .

#### INDEFERIDO

Revisão da indicação ou acrescentar documentos/exames comprobatórios.

### ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

Família/responsável deverá entregar a Carta da indicação médica e documentos pessoais na Coordenação da Atenção Primária, localizada na Rua Melo Viana, n 8, sala 20, Centro, onde assinará o Termo de Responsabilidade (ANEXO I) e receberá as orientações quanto ao prazo e condições da entrega do equipamento no domicílio.

### SOLICITAÇÃO DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO PELA EMPRESA RESPONSÁVEL

Após o recebimento da documentação, preenchimento da Ficha de Solicitação (ANEXO II), a Coordenação da Atenção Primária fará o contato e envio da ordem de serviço para a empresa responsável com cópia ao Setor de Compras para ciência.

### RECEBIMENTO DO EQUIPAMENTO NO DOMICÍLIO

O fornecimento do Equipamento de Oxigenoterapia no Município é de responsabilidade da Empresa Prestadora do Serviço, ativa em processo licitatório, devendo obedecer o prazo contratual de **72 horas**. É necessária a presença do responsável pelo paciente no domicílio no momento da entrega do equipamento, para receber as orientações técnicas pertinentes. A empresa comunicará e fará a entrega do comprovante do serviço na Coordenação da Atenção Primária.

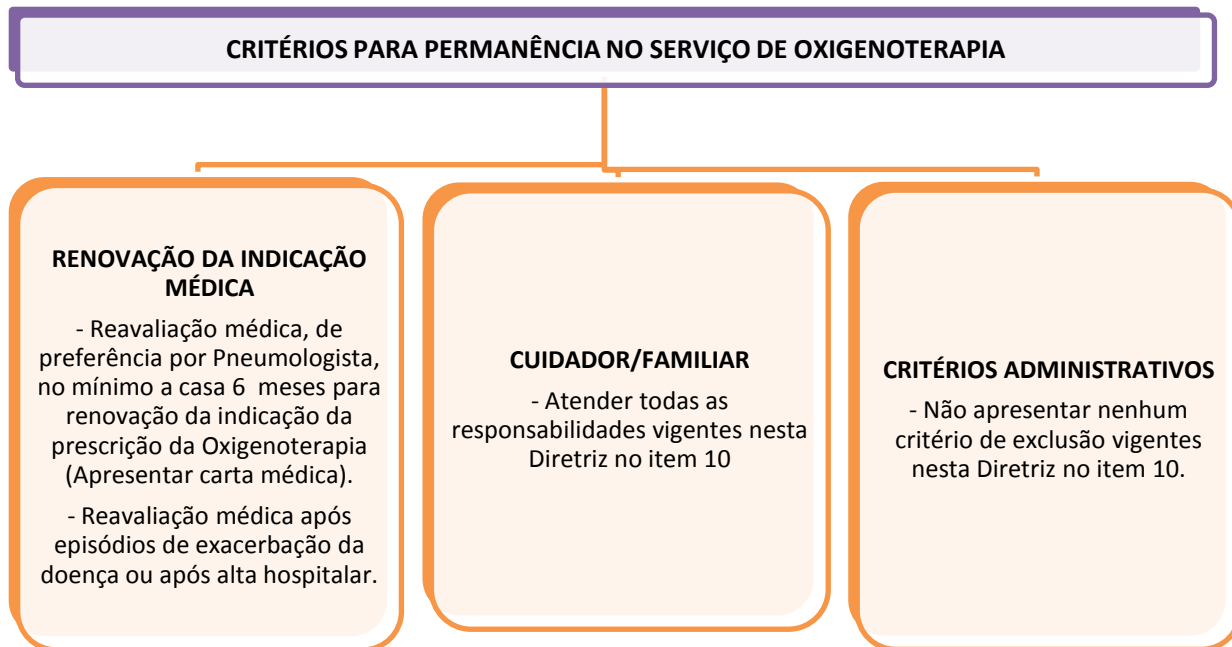
### COMUNICAÇÃO DA ENTREGA DO EQUIPAMENTO AO SETOR SOLICITANTE

O setor solicitante será comunicado via EMAD ou Coordenação da Atenção Primária que o equipamento foi entregue ao domicílio. Caso o paciente esteja em internação hospitalar a alta deverá ser comunicada e programada junto a Equipe do EMAD.

### VISITA DOMICILIAR PROGRAMADA

Será realizada pela equipe do EMAD OU ESFs, conforme agendamento e comunicação prévia, necessária a presença do responsável/cuidador do paciente no domicílio.

## 8.2 Fluxo para permanência no serviço de Oxigenoterapia Domiciliar



### **8.3 Fluxo para solicitações de recargas/manutenção/troca de acessórios do serviço de Oxigenoterapia Domiciliar**

#### **IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA**

- Recarga de cilindro reserva
- Troca de acessórios
- Manutenção/substituição do Concentrador

(De responsabilidade do cuidador/familiar de acordo com as orientações técnicas, em caso de dúvidas realizar contato prévio com EMAD)

#### **CONTATO DIRETO COM A EMPRESA PRESTADORA DO SERVIÇO**

- O familiar/responsável/cuidador fará o contato direto com a empresa prestadora do serviço, ciente do prazo contratual de 72 HORAS.
- Em caso do não cumprimento dos prazos estabelecidos o familiar/responsável/cuidador deverá comunicar a Coordenação da Atenção Primária.

#### **ACOMPANHAMENTO E CONFIRMAÇÃO DA ORDEM DE SERVIÇO**

- A Coordenação da Atenção Primária acompanhará e confirmará a conclusão da ordem de serviço solicitada via canhoto de serviço disponibilizado pela empresa Prestadora do Serviço.

#### 8.4 Fluxo para encerramento/suspensão do serviço de Oxigenoterapia Domiciliar

##### IDENTIFICAÇÃO DE CRITÉRIOS DE ENCERRAMENTO OU SUSPENSÃO

- A critério clínico após reavaliação médica e equipe multidisciplinar.
- Presença de qualquer critério de exclusão constante no Item 10.
- Não cumprimento das responsabilidades vigentes nesta Diretriz no item 10.
  - Óbito

##### NOTIFICAÇÃO

- A identificação dos critérios acima descritos deverão ser notificados junto a Coordenação da Atenção Primária no prazo de máximo de 7 dias.

##### ENCERRAMENTO DO SERVIÇO/ACOMPANHAMENTO DA RETIRADA DOS EQUIPAMENTOS/BAIXA CADASTRAL JUNTO A EMPRESA PRESTADORA DO SERVIÇO.

- A Coordenação da Atenção Primária fará o preenchimento da ordem de serviço (ANEXO II) para retirada dos equipamentos no domicílio, acompanhará os prazos, confirmação da execução da ordem e a baixa cadastral diante do comprovante de retirada dos equipamentos fornecido pela empresa Prestadora do Serviço.

##### OBSERVAÇÃO:

**A ÚNICA VIA DE DEVOLUÇÃO/RETIRADA DOS EQUIPAMENTOS APÓS O ENCERRAMENTO DO USO ACONTECERÁ EXCLUSIVAMENTE PELA EMPRESA RESPONSÁVEL, SERÁ RETIRADA NO DOMÍLIO DO PACIENTE, SENDO PROIBIDA A DEVOLUÇÃO DOS EQUIPAMENTOS NOS SETORES ENVOLVIDOS, DA MESMA FORMA QUE É PROIBIDO O REPASSE DOS EQUIPAMENTOS A OUTRO PACIENTE.**

## 8.5 Disponibilização de Equipamentos pertencentes ao Município

O Município de Extrema conta com um estoque limitado de Concentradores de Oxigênio (Patrimônio Municipal) e Cilindros reservas (estoque disponibilizado pela Empresa Prestadora do Serviço), a liberação desses itens acontecerá exclusivamente em situações emergenciais, onde a espera pelo prazo contratual para execução dos serviços coloquem em risco a vida do usuário. Esta medida visa garantir a segurança do serviço e cuidado com o usuário. Situações pertinentes:

- Não funcionamento do Concentrador.
- Funcionamento inadequado do Concentrador.
- Esvaziamento não programado do cilindro reserva (vazamentos).
- Esvaziamento do cilindro reserva em situações emergenciais (transporte e consultas de urgência/emergência).

## 9 RESPONSABILIDADES

### 9.1 Setor solicitante (Hospitais, Pronto-Socorro, EFSs, Especialidades...)

- Ter ciência da existência da presente - **DIRETRIZES PARA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR DO MUNICÍPIO** -, respeitando prazos e etapas para disponibilização dos serviços.

- Providenciar a solicitação médica que conste o nome do paciente, diagnóstico - CID, dados da gasometria arterial, o fluxo de oxigênio necessário, o número de horas por dia a ser usado, tipo de via a ser utilizada (cateter ou máscara), assinatura, carimbo e data (não superior a 15 dias); Exame de gasometria arterial (não superior a 15 dias), contendo: identificação do paciente e data; Exames complementares que se fizerem necessários. Ex: HEMATOCRITO, TC, US, ECO, ESPIROMETRIA...

- Comunicar e programar a alta hospitalar do usuário após o recebimento do equipamento no domicílio junto a equipe de atendimento domiciliar do Município – EMAD.

### 9.2 Secretaria Municipal De Saúde (Coordenação da Atenção Primária e EMAD)

- Atender aos critérios técnicos e administrativos constantes na **DIRETRIZES PARA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR DO MUNICÍPIO**;

- Disponibilizar uma programação, agenda, profissionais e meio de transporte para execução das Visitas Domiciliares e processos administrativos pertinentes.

- Solicitar, validar e acompanhar o processo de entrega, retirada e ordens de serviços diretamente com a Empresa Prestadora do Serviço com cópia das solicitações ao Setor de Compras da Saúde para ciência e cruzamento de informações e pagamentos.

- Análise, cruzamento de dados, aprovação ou contestação da Planilha de Fechamento Mensal gerada pela empresa prestadora do serviço, com assinatura e carimbo do responsável no prazo de 48 horas para entrega ao Setor de Compras da Saúde.

### 9.3 Secretaria Municipal De Saúde (Setor de compras)

- Notificar e tomar as medidas cabíveis junto a Empresa Prestadora do Serviço em caso de não cumprimento dos prazos ou serviços estabelecidos em contrato.



- Tomar ciência das solicitações em andamento conforme cópias disponibilizadas ao Setor.

- Ciência, validação, envio do aviso de fornecimento e pagamento dos serviços à Empresa Prestadora do Serviço.

#### **9.4 Empresa fornecedora do serviço de oxigenoterapia**

- Cumprir todas as cláusulas do contrato vigente;

- Instalar no domicílio do paciente os equipamentos solicitados, adotando todas as medidas de segurança pertinentes a cada tipo de fonte de oxigênio em conformidade com o estabelecido em contrato;

- Manter consecutivamente a entrega/manutenção no domicílio do paciente, o equipamento de oxigênio, bem como todos os insumos necessários à manutenção do serviço com qualidade e de forma ininterrupta;

- Dispor de um técnico capacitado para orientar ao paciente/familiar/cuidador o funcionamento e o uso dos equipamentos e os cuidados/autocuidados do paciente;

- Emitir comprovantes de entrega, retirada, manutenção e recarga dos equipamentos diretamente a Coordenação da Atenção Primária, imediatamente após a execução do serviço ou no primeiro dia útil posterior ao serviço.

- Envio do fechamento mensal dos serviços para análise e cruzamento de dados e após aprovação pelo Setor da Coordenação da Atenção Primária e Compras deverá emitir a Nota Fiscal para pagamento.

#### **9.5 Usuário do serviço/responsável/cuidador**

- Entrega da documentação pessoal do usuário: Cópia RG/CPF/Comprovante de residência/declaração do PSF;

- Assinatura e ciência do Termo de Responsabilidade (ANEXO II);

- Supervisão obrigatória do uso do oxigênio no domicílio, sob pena de não aprovação ou suspensão do serviço;

- Manter a higiene da casa e dos equipamentos usados na oxigenoterapia;

- Usar a quantidade de oxigênio conforme prescrição médica.

- Comunicar o EMAD/ESF/COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, qualquer ocorrência com o paciente, tais como internação hospitalar, retorno domiciliar após a alta, mudança de endereço, mudança de número de telefone para contato, viagens e óbito;

- Comunicar diretamente a empresa Prestadora do Serviço a necessidade de abastecimento do cilindro de reserva (back-up) conforme orientação técnica, ciente do prazo estabelecido (72 horas), bem como comunicar qualquer necessidade observada sobre manutenção/má funcionamento dos equipamentos, com antecedência e estar ciente do prazo de resolução;

- Estar em dia com as consultas médicas necessárias para acompanhar o tratamento e permanecer no serviço;

## **10 EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS**

Serão disponibilizados pela empresa Prestadora do Serviço, a locação mensal de um Concentrador estacionário, um cilindro de Oxigênio Medicinal (tamanho conforme prescrito)



e dispositivos necessários (Umidificador, extensão, cateter nasal, máscara facial ou para uso na traqueostomia). Serviço de instalação, manutenção, recarga e retirada dos equipamentos no domicílio do usuário, de acordo com as cláusulas no contrato vigente. Não será permitida a disponibilização individual do concentrador ou do cilindro de Backup visando a garantia da segurança do usuário.

## **11 FONTES NORTEADORAS**

Caderno de Atenção Domiciliar, VOL 2, MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASÍLIA-DF, 2013.



## **ANEXO II**

### **TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do CPF nº \_\_\_\_\_, telefone (s): \_\_\_\_\_, declaro estar ciente de que o meu familiar: \_\_\_\_\_, fará uso do Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar do Município de EXTREMA/MG a partir desta data. Estou ciente de que o prazo de disponibilização dos equipamentos no meu domicílio é de até 72 horas, e que devo estar presente no domicílio no momento da entrega para receber as orientações técnicas pertinentes. Estou ciente da minha inteira responsabilidade na guarda e conservação dos equipamentos que serão fornecidos por EMPRÉSTIMO. A utilização dos equipamentos e seus acessórios são de uso exclusivo no domicílio, em território do município de Extrema/MG. Sempre que solicitado pela equipe, devo apresentar documentos, exames e relatórios médicos nos prazos estabelecidos pelo serviço, bem como, comunicar ao programa, imediatamente após qualquer modificação da prescrição do uso de oxigenoterapia domiciliar, internação hospitalar, mudança de endereço, viagens e óbito. Em caso de minha saída do serviço os equipamentos que me foram emprestados serão retirados no meu domicílio pela empresa responsável. Entendo que é proibida a manutenção e reparos nos equipamentos por parte do usuário.

Declaro estar ciente de que o cilindro portátil (Backup) de oxigênio destina-se única e exclusivamente para o deslocamento do paciente para consultas médicas e possíveis urgências, fui informado quanto ao prazo para recarga é de 72 horas, não existindo a possibilidade de recarga imediata, assim devo observar o limite de esvaziamento do cilindro conforme orientação técnica e acionar o serviço de recarga com antecedência.

Extrema, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE**



**ANEXO III**

SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE								
Compra	Conserto	Demonstração	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros
Dados Cadastrais do Paciente								
Nome do Paciente:								
Idade:				Data Nascimento:				
RG:				CPF:				
Endereço:								
Bairro:				CEP:		Cidade:		
Telefone:			Fax/Cel.:		e-mail:			
Ponto de referência:								
Local de entrega:								
Em caso de emergência/contato:								
Hipótese Diagnóstica:						CID:		
Dados da Solicitação: (material ou equipamento)								
Outros:						Cilindro m <sup>2</sup>		
Motivo da solicitação:								
Motivo da retirada:								
Dados da Prescrição Médica:								
Fluxo litros/min		Horas/dia:			Voltagem do local da instalação: 110V ( ) 200V ( )			
Via de utilização	Cateter nasal ( )	Extensão ( )	Umidificador ( )	Traqueostomia ( )	Máscara ( )			
Assinatura e carimbo do médico responsável					Nome do solicitante			
Obs.:								
Data:			Horário da solicitação:			Urgente: ( ) Sim ( ) Não		
<b>ATENÇÃO: ESTA FICHA DEVERÁ VIR ACOMPANHA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>								



## **RESPONSÁVEIS/CONTATOS**

### **EMAD – Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar**

Telefone/Whatsap (35) 9 9173-3351

Coordenadora: Ronara Aparecida Alves Rodrigues

Médica: Dra Ingrid Magalhães

Enfermeira: Luciana Braga de Godoi

Fisioterapeuta: Bianca Ribeiro Vieira Maia

### **COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Telefone (35) 34356353

Coordenadora: Fabíola Simplício

Administrativo: Ana

### **SETOR DE COMPRAS DA SAÚDE**

Coordenadora: Mayara

Administrativo: Thais

### **VITALAIRE BRASIL S.A**

(Empresa Prestadora do Serviço – Vigente)

Tel: 0800 77 30322 / 0800 55 50322

Contato: atendimento@vitalaire.com.br

Contato: Anderson Vasconcelos