

***PROTOCOLO DE ACESSO
AO SERVIÇO DE SUPORTE
VENTILATÓRIO E
OXIGENOTERAPIA
DOMICILIAR NO ESTADO
DA BAHIA***

ELABORAÇÃO

I – Maria Alcina Romero Boullosa (cad.19.443.580-8) - Diretoria de Atenção Especializada da SESAB

II - Aline de Oliveira Costa (cad.19.617.774-9) – Diretoria de Atenção Especializada da SESAB

III – Sandra Maria Santos (cad. 19.443.382-2) – Diretoria de Atenção Especializada da SESAB

IV - Yasmin de Olinda Cardoso Freire (cad.19.615.661-2) – Diretoria de Atenção Especializada da SESAB

V - Andréa Barral Martins (cad.19.524.471-3) - Hospital Especializado Otávio Mangabeira

VI– Josenice Carneiro Lopes da Silva (cad.19.521.908-5) - Hospital Especializado Otávio Mangabeira

VII – Gilmara Vasconcelos de Sousa (cad.19.525.640-1) - Hospital Especializado Otávio Mangabeira

VIII – Marcela Câmara Machado Costa – Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências

IX - Gláucia da Silva Santos – Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências

SUMÁRIO

SIGLAS/ABREVIATURAS

1. INTRODUÇÃO

- 1.1. Justificativa
- 1.2. Objetivos
 - 1.2.1. Objetivo geral
 - 1.2.2. Objetivos específicos
- 1.3. População-alvo
- 1.4. Financiamento
- 1.5. Resultados esperados

2. REQUISITOS PARA SUPORTE VENTILATÓRIO

- 2.1. Requisitos clínicos para indicação em doenças neuromusculares
- 2.2. Requisitos clínicos para indicação em apnéia obstrutiva do sono
- 2.3. Requisitos e procedimentos administrativos para solicitação da ventilação
- 2.4. Requisitos e procedimentos para manutenção e/ou renovação do processo de ventilação
- 2.5. Requisitos de exclusão do suporte ventilatório

3. REQUISITOS PARA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

- 3.1 Requisitos clínicos para a indicação
- 3.2. Requisitos e procedimentos administrativos para solicitação de ODP
- 3.3. Requisitos e procedimentos para manutenção e/ou renovação do processo de ODP
- 3.4. Requisitos de exclusão para ODP

4. FLUXOGRAMA DO PROGRAMA DE SV/ODP

5. ATRIBUIÇÕES

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC - Acidente vascular cerebral

BOS - Base operacional de saúde

BIPAP - Bilevel positive airways pressure

CO² - Dióxido de carbono

CPAP - Continuous positive airway pressure

DIREG - Diretoria de regulação

DM - Diabetes mellitus

DNM - Doenças neuromusculares

DPOC - Doença pulmonar obstrutiva crônica

HAS - Hipertensão arterial sistêmica

ICC - Insuficiência cardíaca congestiva

L/m - Litros por minuto

NRS - Núcleo regional de saúde

O² - Oxigênio

PSG - Polissonografia

PaCO₂ - Pressão arterial de dióxido de carbono arterial

PaO₂ - Pressão arterial de oxigênio arterial

RGE - Refluxo gastroesofágico

SAOS - Síndrome de apnéia obstrutiva do sono

SDE - Sonolência diurna excessiva

SMS - Secretaria municipal de saúde

SV/ODP - Suporte ventilatório/oxigenoterapia domiciliar prolongada

SpO₂ - Saturação periférica de oxigênio

SUREGS - Superintendencia de gestão dos sistemas e regulação da atenção a saúde

VAS - Via aérea superior

VNI - Ventilação não invasiva

Esta publicação destina-se a estabelecer o Protocolo de Acesso ao Serviço de Suporte Ventilatório e Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (SV/ODP) nas doenças neuromusculares, apnéia obstrutiva do sono e aos portadores de hipoxemia decorrente das diversas enfermidades respiratórias. Apresenta-se como instrumento de orientação e normatização da política de saúde, propondo critérios clínicos e administrativos, a fim de operacionalizar o atendimento em SV/ODP no Estado, sobre os procedimentos para a concessão desse serviço e monitoramento do paciente em tratamento.

1.0 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado pela Lei 8080/90, dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e institui uma política pública de saúde que tem como princípios fundamentais a integralidade, a universalidade e a equidade, conforme dispõe Art. 198 da Constituição Federal.

Por meio do princípio da equidade, objetiva-se diminuir as desigualdades, apesar de todos terem direito de acesso aos serviços, independente de cor, raça ou religião e sem nenhum tipo de privilégio, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas (PONTES et al, 2009). Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade.

Dentro dos princípios e diretrizes do SUS, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) implantou o Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP), que é uma assistência prestada pela SESAB, por meio da contratação de empresa terceirizada, para o fornecimento do serviço no domicílio do paciente dependente de oxigênio.

Em 2005, a SESAB, com o objetivo de otimizar os leitos do Hospital Especializado Otávio Mangabeira, unidade de referência estadual em doenças respiratórias, iniciou um processo de liberação de oxigênio a ser ministrado no domicílio de pacientes que se encontravam internados em longa permanência nesta unidade. Em 2007 deu-se a Implantação do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada na Superintendência de Regulação. Em 2009, o serviço de ODP, como é conhecido atualmente, passou a integrar o elenco de serviços da Diretoria de Atenção Especializada/Coordenação de Atenção Hospitalar (DAE/COAH), destinando equipamentos, tanto para o fornecimento de oxigênio, com locação de concentradores/cilindros

auxiliares, quanto para o suprimento de aparelhos de ventilação não invasiva. Salienta-se que o número de pacientes inscritos era incipiente, sendo a grande maioria proveniente do interior do Estado.

Neste mesmo ano, foi inaugurado o Serviço de Medicina do Sono do Hospital Especializado Otávio Mangabeira, iniciando-se assim, consultas ambulatoriais e a realização dos exames de polissonografia através do SUS. Esse serviço prestou um atendimento significativo à população, tendo sido realizados 296 (duzentos noventa seis) exames de polissonografia no período de 2009 a 2012. Por questões operacionais, a realização da polissonografia cessou no referido hospital em dezembro/12, sendo atualmente realizado apenas atendimento ambulatorial.

Em 2011, com a Publicação da Portaria GM/MS 2527/2011 – Novas Diretrizes para Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, houve a inclusão do componente Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada no Serviço de Atenção Domiciliar. O número de pacientes com diagnóstico de apnéia/hipoventilação do sono tem crescido vertiginosamente nos últimos anos, em consequência do aumento da obesidade na população e devido ao melhor acesso ao diagnóstico. Neste sentido, pode-se justificar o elevado número de solicitações do equipamento CPAP, sendo necessário estabelecer critérios de inclusão bem definidos.

A atuação de profissionais especializados no atendimento e a ampliação do acesso dos pacientes portadores de doenças neuromusculares em ambulatórios especializados, desde 2011, possibilitou o aumento dos diagnósticos dessas patologias. Assim foi gerado uma outra vertente de atendimento no contexto do SV/ODP, visando atender à Portaria nº 1370/2008 que instituiu no âmbito do SUS o Programa de Assistência Ventilatória não invasiva a portadores de doenças neuromusculares, destinando, exclusivamente, equipamentos a esse grupo de usuários.

A partir de 2015 o número de pacientes e municípios cadastrados teve um aumento significativo, sendo necessário um maior compromisso e controle com o fornecimento de oxigênio e equipamentos disponibilizados. Para tanto, torna-se importante a reestruturação do programa, tanto no âmbito da gestão, quanto na organização de um serviço especializado para acompanhamento destes usuários e dos equipamentos concedidos. Desta forma, este protocolo busca:

1. estabelecer critérios clínicos norteadores e equânimes nas concessões dos serviços solicitados;
2. instituir um efetivo acompanhamento do contrato entre a Prestadora de serviços de SV/ODP e a SESAB;

3. descentralizar ações administrativas para as bases regionais;
4. fornecer um serviço de qualidade, com vistas ao cuidado ao usuário que melhore suas condições de vida e reduza morbimortalidade.

O programa estadual conta com um software de inclusão e monitoramento, gerando diversos relatórios, inclusive de custos /equipamentos e uma Cartilha de Orientação às Bases e Núcleos Regionais e as Diretrizes para SV/ODP, disponíveis online no site da SESAB.

1.1. JUSTIFICATIVA

Sabe-se que o oxigênio foi descoberto há mais de 200 anos e que é de vital importância para o ser humano. O seu uso como forma de tratamento médico em hospitais iniciou por volta de 1922, e na década de 50 já se prescrevia pequenos cilindros de oxigênio sob pressão para serem utilizados durante deambulação em portadores de DPOC grave (MACHADO, 2001).

Os argumentos científicos para o uso da oxigenoterapia domiciliar (OD) em pacientes portadores de hipoxemia crônica estão baseados em dois trabalhos clássicos: o americano Nocturnal Oxygen Therapy Trial (NOTT) e o britânico Medical Research Council (MRC), publicados no início dos anos 80, os quais mostraram que a oxigenoterapia melhora a qualidade e prolonga a vida dos portadores de DPOC com hipoxemia grave (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2000).

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 nos períodos de exacerbação, mas também pela própria condição da hipoxemia.

A maior parte dos países desenvolvidos adotou a oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) como agenda de governo, visando preservar a vida desses pacientes, 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. Na Bahia, o Programa Estadual de SV/ODP além da oxigenoterapia domiciliar, fornece equipamentos de VNI e suporte de vida. Em maio de 2017, encontravam-se cadastrados no Programa **1.540** usuários em uso de equipamentos de SV/ODP, com uma lista de espera de 38 (trinta e oito) usuários aguardando inclusão no Programa. Esta ação possui cobertura estadual e atende aos usuários do SUS em todos os Núcleos Regionais de Saúde, conforme descrição abaixo:

Macroregiões	Nº usuários
Leste, Nordeste e CentroNorte L1	1.084
Sul, Sudeste e Extremo Sul L2	225
CentroLeste, Oeste e Norte L3	271
TOTAL	1.540

Fonte: DAE/COAH/Sistema OXI

O Programa tem se destacado também pela desospitalização de crianças internadas que ocupavam leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátricos pela necessidade contínua de uso de ventilador. Estas encontravam-se longe do convívio familiar, expostas a riscos decorrentes desta condição de internamento prolongado. Como o Estado da Bahia possui um deficit de leitos de UTI pediátrica, o programa propiciou um impacto positivo na rede de atenção à saúde, através da otimização destes leitos de UTI e da redução dos custos com internação hospitalar, com a desospitalização de 28 crianças, desde a implantação do Programa até meados de agosto de 2016. Os principais hospitais parceiros são o Hospital Martagão Gesteira, o Hospital Estadual da Criança, o Hospital Geral de Base de Vitória da Conquista e o Hospital Regional Mário Dourado Sobrinho.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GERAL

Estabelecer os requisitos para acesso aos serviços de SV/ODP a todos os usuários que apresentam doenças neuromusculares, aos usuários da rede SUS com necessidade de SV/ODP, e pacientes que necessitam desse serviço para desospitalização nos hospitais da rede.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estabelecer requisitos básicos e fluxo administrativo de acesso aos serviços de SV/ODP no Estado da Bahia;
- Garantir acesso ao serviço de SV/ODP aos usuários provenientes das demandas de atenção primária e especializada do SUS;
- Definir parâmetros e requisitos clínicos para inclusão dos usuários, respeitando o princípio da equidade;
- Definir as atribuições técnico-administrativos nas instâncias de gestão do SUS e empresa

prestadora de serviço;

- Qualificar o serviço de SV/ODP no Estado da Bahia.

1.3. POPULAÇÃO-ALVO

Todos os usuários residentes no estado da Bahia que apresentarem doenças neuromusculares, e usuários da rede SUS com doenças respiratórias e que, mediante avaliação médica no SUS, sejam indicados para o tratamento de SV/ODP em domicílio.

1. Compõem o rol das doenças incluídas no Programa de assistência ventilatória não invasiva os usuários que apresentarem as seguintes doenças neuromusculares: miastenia grave e síndromes miastênicas congênitas, distrofias musculares, transtornos miotônicos, miopatias congênitas, miopatias metabólicas, atrofia muscular espinhal, doenças do neurônio motor, neuropatias hereditárias com confirmação diagnóstica, sequelas de poliomielite, Guillain-Barré e suas variantes. G70.0; G71.0; G71.1; G71.2; G71.3; G12.0; G12.1; G12.2; G60.0; G61.0; B91.
2. Compõem o rol dos distúrbios respiratórios do sono, a síndrome de apnéia obstrutiva do sono e a hipoventilação do sono.
3. Compõem o rol das doenças respiratórias, tais como: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC: enfisema pulmonar – bronquite crônica), fibrose pulmonar, doenças congênitas que provocam hipoxemia, deformidades torácicas graves, bronquiectasias, fibrose cística, sequelas de tuberculose e doenças de circulação pulmonar.
4. Pacientes que necessitem do serviço de SV/ODP para desospitalização nos hospitais da rede SUS.

1.4. FINANCIAMENTO

As despesas do SV/ODP serão pagas pelo Fundo Estadual de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde (fonte 30) de acordo com o estabelecido na programação orçamentária e no contrato com a empresa licitada.

1.5. RESULTADOS ESPERADOS

Com a consolidação do Protocolo de acesso ao Serviço de SV/ODP espera-se:

1. Adequada liberação e manutenção dos equipamentos do serviço SV/ODP;

2. Melhor qualidade de vida a todos os usuários incluídos no serviço;
3. Diminuir a frequência de internações hospitalares de pacientes incluídos no serviço SV/ODP;
4. Reduzir o tempo de internação hospitalar dos pacientes que estão recebendo este tratamento;
5. Reduzir o custo da assistência para todo o sistema de saúde.

2. REQUISITOS PARA SUPORTE VENTILATÓRIO

2.1 REQUISITOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS PARA A INDICAÇÃO EM DOENÇAS NEUROMUSCULARES (DNM)

As DNM englobam um grupo de doenças que levam à fraqueza muscular generalizada envolvendo membros superiores e/ou inferiores, músculos da orofaringe e da respiração, acarretando dificuldade para engolir, falar e respirar. Estas doenças podem ser causadas por alterações do músculo, dos nervos periféricos, da junção neuromuscular ou dos neurônios motores da medula espinhal. Podem ocorrer, na sua maioria, por alterações genéticas hereditárias, mas há casos esporádicos. Apesar da incapacidade física, os pacientes com doenças neuromusculares mantêm íntegros o raciocínio e a emotividade, percebendo tudo o que acontece a sua volta.

A evidência atual sobre o benefício terapêutico da ventilação mecânica não-invasiva para portadores de doenças neuromusculares é consistente, sugerindo alívio dos sintomas de hipoventilação crônica em curto prazo, aumento de sobrevida e melhora da qualidade de vida.

A utilização de suporte ventilatório nos pacientes portadores de doenças neuromusculares deve ser adequadamente avaliada e indicada, devendo-se para tanto considerar os critérios para sua indicação:

Sinais clínicos de hipoventilação alveolar:

- Fadiga, dispnéia e cefaléia matinal.
- Perda de peso excessiva, despertares frequentes, sonolência excessiva diurna;
- Pesadelos de sufocamento, pneumonias de repetição;
- Depressão, perda de memória, irritabilidade, ansiedade, prejuízo intelectual, redução da libido, dor muscular e noctúria frequente.

Na avaliação geral, independente do nível de classificação considerado, deve-se avaliar

inicialmente a(s):

- a) Ausência de co-morbidade médica e psicológica que limite a consecução do procedimento;
- b) Condições adequadas de reabilitação na cidade/ município de origem com fisioterapeuta;
- c) Família adequada e motivada para o uso de Ventilação não-Invasiva/Invasiva.

Requisitos para indicação de Ventilação - presença de um ou mais dos seguintes requisitos:

1. Polissonografia com capnografia noturna:

- 1.1. Aumento da $\text{PaCO}_2 > 55$ mmHg por mais de 10 minutos;
- 1.2. Aumento da $\text{PaCO}_2 >$ ou igual 10 mmHg durante o sono em comparação com o valor na posição supina e acordado, para valores > 50 mmHg por mais que 10 minutos;

2. Espirometria com medida de altura ou envergadura

- 2.1. Capacidade vital forçada menor que 50% do predito;

3. Manovacuometria

- 3.1. Medida de pressão inspiratória máxima – menor que -60 cm H_2O

4. Hemogasometria arterial

- 4.1. PaCO_2 maior que 45 mmHg;

Contraindicações para ventilação não invasiva:

- a) Diminuição da consciência, sonolência, agitação, confusão ou recusa do paciente;
- b) Instabilidade hemodinâmica com necessidade de medicamento vasopressor, choque, arritmias complexas;
- c) Alterações anatômicas crânio faciais ou trauma de face;
- d) Distensão abdominal, náuseas e vômitos;
- e) Sangramento digestivo alto.

2.2 REQUISITOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS PARA A INDICAÇÃO EM APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO

A Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS) é caracterizada por episódios recorrentes de obstrução parcial (hiponeia) ou total (apneia) da via aérea superior (VAS) durante o sono. É identificada pela redução ou ausência de fluxo aéreo, apesar da manutenção dos esforços respiratórios, geralmente resultando em dessaturação da oxihemoglobina e despertares noturnos

frequentes, com a consequente sonolência excessiva (Epstein et al., 2009).

A SAOS tem sido cada vez mais reconhecida como um fator de risco independente para morbidades cardíacas, metabólicas, neurológicas e perioperatórias (Park et al., 2011). Clinicamente, é diagnosticada pela presença de episódios de sono não intencionais durante a vigília, sonolência diurna excessiva (SDE), sono não reparador, fadiga ou insônia; acordar com pausas respiratórias, engasgos ou asfixia; companheiro(a) relata ronco alto e/ou pausas respiratórias durante o sono, associado à presença de pelo menos 5 eventos respiratórios obstrutivos (apneias, hipopneias e despertares associados ao esforço respiratório - RERA) por hora de sono.

Os principais fatores de risco associados à SAOS são a idade, acima dos 50 anos, o gênero masculino, obesidade, sedentarismo, a medida da circunferência do pescoço (maior que 38 cm para mulheres e maior que 40 cm para homens), hipertrofia adenoamigdaliana e as alterações craniofaciais (hipoplasia maxilar e/ou mandibular,). Além disso, o consumo de bebidas alcoólicas, quando consumido antes de dormir, ocasiona hipotonia dos músculos da orofaringe, aumentando sua colapsabilidade. (Krol et al., 1984). Outros fatores, como o tabagismo, causam a inflamação crônica da VAS e geram danos estruturais e neurais, o RGE e fatores hormonais como: hipotireoidismo, síndrome de ovário policístico, pós-menopausa e gravidez, também estão associados à síndrome da apneia do sono. No entanto, a ausência de obesidade não afasta a possibilidade de SAOS.

Nos últimos anos observou-se o aumento progressivo da prevalência da apneia obstrutiva do sono/hipoventilação do sono atribuído principalmente à obesidade. O estudo epidemiológico brasileiro (Tufik 2010) evidencia uma prevalência de 32,8% dos participantes, sendo 40,6% em homens e 26% em mulheres.

Os critérios diagnósticos para a SAOS são baseados nos sinais e sintomas clínicos e confirmados nos achados objetivos da polissonografia (PSG) em seus diversos tipos. De acordo com a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono, 3ª edição da Academia Americana de Medicina do Sono, o diagnóstico da SAOS, no adulto, requer a presença dos critérios A e B ou C, descritos abaixo:

A. A presença de uma ou mais dessas queixas:

1. O paciente queixa de sonolência, sono não reparador, fadiga ou sintomas de insônia.
2. O paciente acorda com parada respiratória, engasgo ou asfixia.

3. O companheiro de cama ou observador relata ronco habitual, paradas respiratórias ou ambas durante o sono do paciente.

4. O paciente ter o diagnóstico de HAS, distúrbio do humor, disfunção cognitiva, doença arterial coronariana, fibrilação atrial, AVC, ICC ou DM tipo 2;

B. Polissonografia ou Poligrafia Ambulatorial demonstrando: 5 (cinco) ou mais eventos respiratórios predominantemente obstrutivos (apneias, hipopneias ou despertares relacionados a esforço respiratório) por hora de sono na polissonografia ou por hora de registro na poligrafia; ou

C. Polissonografia ou Poligrafia Ambulatorial demonstrando: 15 (quinze) ou mais eventos respiratórios predominantemente obstrutivos (apneias, hipopneias ou despertares relacionados a esforço respiratório) por hora de sono na polissonografia ou por hora de registro na poligrafia.

A classificação da gravidade da AOS é baseada em critérios polissonográficos. Em adultos, a AOS é considerada **leve** quando na PSG, o índice de apneias (IAH) entre 5 e 15 por hora de sono. Quando **moderada**, o IAH é maior que 15 e menor do que 30 por hora de sono. Na AOS **grave**, o IAH é maior ou igual a 30 por hora de sono. Para crianças e adolescentes, os critérios são: >1 e <5 AOS **leve**; ≥ 5 e <10; AOS **moderada** e ≥10 AOS **grave**.

O tratamento da SAOS inicia-se com mudanças comportamentais no estilo de vida com o controle de peso, estímulo à atividade física e hábitos alimentares saudáveis, evitar dormir em decúbito dorsal, abstenção do tabagismo e do etilismo, evitar o uso de substâncias sedativas e relaxantes musculares, quando possível tratar as alterações hormonais e realizar tratamentos cirúrgicos aplicáveis. Indica-se, ainda, a fonoterapia nas situações específicas. Existem ainda opções para apneia leve, como o aparelho intraoral confeccionado exclusivamente pelo odontólogo especialista em sono e os aparelhos de pressão positiva (CPAP).

2.3. Requisitos e procedimentos administrativos para solicitação da ventilação

2.3.1. Requisitos e procedimentos administrativos obrigatórios para solicitação de suporte ventilatório em doenças neuromusculares:

- a) Requerimento à Secretaria de Saúde do Estado solicitando o serviço; Anexo I
- b) Termo de compromisso assinado pelo Secretário Municipal de Saúde; Anexo II
- c) Relatório médico, SUS, contendo: identificação do paciente, especificação do diagnóstico, e o código internacional de doenças (CID);

- d) Receita médica, SUS, contendo os parâmetros ventilatórios sugeridos;
 - e) Relatório social elaborado pelo Serviço Social atestando as condições de moradia (segurança, higiene e/ou situações adversas);
 - f) Indicação de equipe multiprofissional treinada para o manuseio do equipamento em situações adversas;
 - g) Termo de responsabilidade do cuidador/responsável pelo paciente; Anexo V
 - h) Cópia legível da conta de energia elétrica;
 - i) Cópia legível de: RG, CPF, Cartão SUS;
 - j) Triagem nos Serviços de Referência em Doenças Neuromusculares que emitirá relatório para liberação junto à SESAB do equipamento de VNI/invasiva além de validação dos parâmetros do equipamento;
- Obs: Em casos de pacientes hospitalizados, o item “j” não é obrigatório.

2.3.2. Requisitos e procedimentos administrativos obrigatórios para solicitação de suporte ventilatório em SAOS e Hipoventilação do Sono:

- a) Relatório social elaborado pelo Serviço Social para aquisição do equipamento, bem como as condições de moradia (segurança, higiene e/ou situações adversas), assegurando o princípio da equidade;
- b) Requerimento à Secretaria de Saúde do Estado solicitando o serviço; Anexo I
- c) Termo de compromisso assinado pelo Secretário Municipal de Saúde; Anexo II
- d) Relatório médico, SUS, contendo: identificação do paciente, especificação do diagnóstico, e o código internacional de doenças (CID 10),
- e) Receita médica, SUS, com a pressão sugerida;
- f) Polissonografia Basal e Polissonografia com o CPAP;
- g) Termo de responsabilidade do cuidador/responsável pelo paciente; Anexo V
- h) Conta de energia elétrica;
- i) Cópia legível de: RG, CPF, Cartão SUS;

2.4. Requisitos e procedimentos para manutenção e/ou renovação do processo de ventilação

O usuário deverá ser reavaliado a critério médico tendo prazo máximo de 6 (seis) meses para a atualização da prescrição médica. A reavaliação é imprescindível para a manutenção do tratamento e que este seja adequado à necessidade do usuário.

2.4.1. Nas doenças neuromusculares

- a) Relatório médico, SUS, contendo: identificação do paciente, especificação do diagnóstico, e o código internacional de doenças (CID 10), parâmetros ventilatórios sugeridos e a necessidade de manutenção do equipamento;
- b) Data e identificação do médico com carimbo contendo nome, especialidade e CRM legíveis e assinatura;
- c) Comprovante de endereço e telefones para atualização no sistema, caso necessário.

2.4.2. SAOS e Hipoventilação do Sono

- a) Relatório médico, SUS, contendo: identificação do paciente, especificação do diagnóstico, e o código internacional de doenças (CID 10), parâmetros ventilatórios sugeridos e a necessidade de manutenção do equipamento com base na avaliação clínica e/ou laboratorial;
- b) Data e identificação do médico especialista do sono com carimbo contendo nome, especialidade e CRM legíveis e assinatura;
- c) Comprovante de endereço e telefones para atualização no sistema, caso necessário.

2.5. Requisitos para exclusão do suporte ventilatório

Os critérios enumerados abaixo se aplicam tanto as doenças neuromusculares quanto a SAOS/hipoventilação do sono. São motivos para o término do tratamento, obrigando o paciente a devolver o equipamento:

- a) Melhora dos eventos obstrutivos através de outro tratamento;
- b) Não aderir ao tratamento de forma comprovada pelo medidor de horas de uso;
- c) Desenvolver complicações que o impeçam de utilizar a ventilação não-invasiva;
- d) Mudança de Estado;
- e) Óbito.

Observação: A suspensão temporária pode ser avaliada, a critério do médico ou em casos de internação hospitalar.

3.0 REQUISITOS PARA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

3.1 Requisitos clínicos para a indicação de oxigenoterapia domiciliar prolongada

A indicação de oxigenoterapia baseia-se em dados gasométricos e clínicos. A medida da SaO₂ 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.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2004), constitui indicação para prescrição de oxigenoterapia domiciliar prolongada(ODP) a baixos fluxos os seguintes achados laboratoriais e de exame físico:

a) Oxigenoterapia contínua por longo tempo:

1. PaO₂ ≤ 55 mmHg ou SaO₂ ≤ 88% em repouso;
2. PaO₂ entre 56 e 59 mmHg ou SaO₂ = 89% associado a:
 - Edema por insuficiência cardíaca;
 - Evidência de cor pulmonale;
 - Hematócrito ≥ 56%.

b) Oxigênio durante o exercício:

PaO₂ ≤ 55 mmHg ou SaO₂ ≤ 88% documentada durante o exercício.

3.2. Requisitos e procedimentos administrativos para solicitação de ODP

- a) Relatório social emitido pelo Serviço Social para verificação *in loco* se a moradia é compatível com as condições mínimas para a prestação do serviço, possibilitando a manutenção das fontes de oxigênio, com base no princípio da equidade.
- b) Requerimento à Secretaria de Saúde do Estado solicitando o serviço; Anexo I
- c) Termo de compromisso assinado pelo Secretário Municipal de Saúde; Anexo II
- d) Relatório médico, SUS, contendo: identificação do paciente, especificação do diagnóstico, e o código internacional de doenças (CID 10);
- e) Receita médica, SUS, com a quantidade de oxigênio a ser usada diariamente (“x” litros/minuto e “x” horas/dia);
- e) Data e identificação do médico especialista com carimbo contendo nome, especialidade e CRM legíveis e assinatura;
- f) Exame de gasometria arterial original, legível, contendo: identificação do paciente, data e local da realização do exame. A medida por oxímetro de pulso poderá ser utilizada quando o exame de gasometria estiver contra-indicado ou não estiver disponível na localidade em que reside o

paciente, circunstância que deverá ser registrada pelo médico assistente que prescrever a necessidade de oxigenoterapia.

O item **a** é obrigatório em casos de hospitalização.

3.3. Requisitos e procedimentos para manutenção e/ou renovação do processo de ODP

O usuário deverá fazer reavaliação médica para renovação do processo, no máximo, a cada 6 (seis) meses. A reavaliação é imprescindível para que o tratamento seja de acordo com a necessidade do usuário. A documentação necessária consiste em:

- a) Exame de gasometria arterial recente, sem o uso de oxigênio;
- b) Relatório médico, SUS, contendo: identificação do paciente, especificação do diagnóstico, e o código internacional de doenças (CID 10), quantidade a ser usada diariamente (“x” litros/minuto e “x” horas/dia) e a necessidade de continuidade no programa;
- c) Data e identificação do médico especialista com carimbo contendo nome, especialidade e CRM legíveis e assinatura;
- d) Comprovante de endereço e demais contatos para atualização dos dados cadastrais, caso necessário.

OBS: Os documentos deverão ser entregues ou enviados à SESAB através do endereço eletrônico:

sesab.odp@saude.ba.gov.br

3.4. Requisitos para exclusão para ODP

Cabe salientar que os critérios de exclusão são independentes entre si, portanto a presença de qualquer um deles gera motivo para excluir o paciente do serviço.

- a) Condições de moradia e outros indicadores socioeconômicos e culturais incompatíveis com as necessidades mínimas do serviço, tais como: impossibilidade de manter uma fonte de oxigênio na habitação ou falta de condições mínimas para os cuidados na manutenção do equipamento disponibilizado;
- b) Pacientes que não possuem um responsável (cuidador) para dispensar os cuidados mínimos necessários;
- c) Melhora gasométrica significativa de modo a colocar o usuário fora dos critérios de inclusão (alta);
- d) Manutenção do hábito tabágico;
- e) Não-uso ou o uso inadequado do equipamento, causando danos tanto ao usuário quanto ao

patrimônio;

f) Impossibilidade, por qualquer motivo, de aderir ao tratamento de acordo com prescrição médica.

g) Não comunicar a BOS/NRS ou SMS com antecedência a mudança de endereço;

h) Internamento por um período igual ou superior a 30 dias;

i) Transportar o equipamento para uso em outro Município ou Estado.

4. FLUXOGRAMA DE INCLUSÃO NO PROGRAMA DE SV/ODP



5. ATRIBUIÇÕES

5.1. SESAB/SAIS:

- 5.1.1- Elaborar e atualizar os protocolos de SV/ODP;
- 5.1.2- Contratar empresa para prestação do serviço;
- 5.1.3 - Efetuar pagamento à empresa prestadora de serviço.
- 5.1.4 - Planejar as ações do Serviço de Suporte Ventilatório/Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada com base nas diretrizes gerais vigentes do SUS;

5.2. SESAB/SUREGS:

- 5.2.1 - Analisar as solicitações, observando os critérios para inclusão;
- 5.2.2 - Encaminhar ofício de inclusão e exclusão à empresa prestadora dos serviços de SV/ODP (via e-mail);
- 5.2.3 - Coordenar, supervisionar e monitorar as ações do Serviço de SV/ODP, junto às BOS/NRS;
- 5.2.4 - Planejar, coordenar, implantar e supervisionar as ações realizadas pertinentes ao serviço nas Regiões de Saúde.

5.3. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- 5.3.1 - Analisar os processos de solicitação de SV/ODP, observando os critérios para inscrição e encaminhar às BASES OPERACIONAIS DE SAÚDE/NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE;
- 5.3.2 - Estabelecer e manter equipe para execução das atividades administrativas e técnicas relacionadas ao programa de oxigenoterapia domiciliar;
- 5.3.3 - Acompanhar o tratamento do paciente, a partir da instalação dos equipamentos pela empresa fornecedora, por meio de visitas domiciliares;
- 5.3.4 - Emitir relatórios mensais e enviá-los as suas respectivas BASES OPERACIONAIS DE SAÚDE/NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE;
- 5.3.5 - Comunicar imediatamente à BASE/NRS qualquer irregularidade / intercorrência com relação ao atendimento / serviço e à situação do paciente;
- 5.3.6 - Aprimorar, sistematicamente, as condutas desse serviço, operacional e administrativamente, visando adequar recursos disponíveis e qualidade / eficácia do tratamento.
- 5.3.7 - Encaminhar semestralmente os relatórios médicos atualizados às BASES OPERACIONAIS DE SAÚDE/NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE.

5.4. BASES OPERACIONAIS DE SAÚDE E NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE

- 5.4.1 - Manter o diálogo com a SMS para condução dos processos de inclusão;
- 5.4.2 - Analisar as solicitações de inclusão e documentação do paciente;
- 5.4.3 - Orientar sobre as cláusulas do Termo de Responsabilidade do Secretário Municipal de Saúde e do cuidador ou responsável pelo paciente;
- 5.4.4 - Analisar as solicitações provenientes dos municípios de abrangência, observando os critérios para inscrição;
- 5.4.5 - Estabelecer e manter equipe para execução das atividades administrativas e técnicas relacionadas ao programa de SV/ oxigenoterapia domiciliar;
- 5.4.6 - Comunicar imediatamente à SUREGS/DIREG qualquer irregularidade / intercorrência com relação ao atendimento/ serviço e à situação do paciente;
- 5.4.7 - Aprimorar sistematicamente as condutas desse serviço operacional e administrativamente, visando adequar recursos disponíveis e qualidade / eficácia no tratamento;
- 5.4.8 - Comunicar a SAIS/SUREGS/DIREG quando não forem respeitados os critérios clínicos e administrativos pelos usuários e SMS;
- 5.4.9 - Analisar os processos de pagamento, atestar as Notas Fiscais e encaminhar à SUREGS/DIREG, com assinatura e carimbo do técnico designado.

5.5. ATRIBUIÇÕES DA EMPRESA FORNECEDORA DO SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

- 5.5.1-Instalar no domicílio do paciente os equipamentos autorizados pela SAIS/SUREGS/DIREG conforme ofício, adotando todas as medidas de segurança pertinentes a cada tipo de serviço fonte de oxigênio e em conformidade com o estabelecido em contrato;
- 5.5.2-Manter consecutivamente a entrega/manutenção, no domicílio do paciente, da fonte de oxigênio e dos equipamentos necessários à manutenção do serviço com qualidade;
- 5.5.3-Dispor de técnico capacitado para orientar o paciente / familiar / cuidador, bem como ao técnico da SMS, o funcionamento e o uso dos equipamentos.
- 5.5.4-Garantir a manutenção dos equipamentos 24 horas/ dia;
- 5.5.5-Atender o chamado (intercorrências) do paciente sempre que necessário.
- 5.5.6-Supervisionar, mensalmente as condições do equipamento e do uso adequado, com emissão de relatório específico a SUREGS/DIREG em caso de intercorrência.

ANEXOS

ANEXO I - REQUERIMENTO À SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

Ilmo. Sr. Secretário da Saúde do Estado da Bahia

Salvador, / /

Venho requerer através deste instrumento a possibilidade de inclusão no Programa de Suporte Ventilatório/Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada, conforme prescrição médica e documentação em anexo. Declaro que estou ciente de que o equipamento fornecido pela Secretaria de Saúde do Estado pertence à empresa prestadora do serviço e que o paciente e seus familiares são responsáveis pela guarda de manutenção do mesmo durante o tempo de uso.

O EQUIPAMENTO DEVE SER DEVOLVIDO AO TÉRMINO DO TRATAMENTO OU EM CASO DE ÓBITO

Concordo com os termos acima,

Assinatura do Requerente

Requerente _____

Telefones _____

Nome do paciente _____

Endereço _____

Bairro _____ Município _____ CEP _____

Ponto de referencia _____

Telefones _____

E-mail _____

OBS: Anexar a esta solicitação cópia dos seguintes documentos do paciente:

* Carteira de Identidade

*CPF

*Cartão SUS

*Conta da parte interna da COELBA atualizada

*Relatório Médico (Com descrição do equipamento, parametros e período de uso)

*Polissonografia (CPAP)

*Identificação de um cuidador/responsável pelo paciente (nome, endereço e telefones de contato)

RESPIRAR BEM É VIVER MELHOR!!!!

ANEXO II - TERMO DE RESPONSABILIDADE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Eu, _____, CPF _____
Secretário Municipal de Saúde de _____, comprometo-me a cumprir e fazer cumprir as responsabilidades abaixo discriminadas referentes ao fornecimento de oxigênio medicinal para pacientes com indicação do tratamento de oxigenoterapia domiciliar, residentes neste município, cadastrados no Programa de Suporte Ventilatório e Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada da Secretaria da Saúde do Estado.

Responsabilidades da Secretaria Municipal de Saúde:

- 1) Indicar um técnico de referência para Programa de Suporte Ventilatório e Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada no município;
- 2) Montar o processo de solicitação de acordo com os Critérios do Serviço (fluxo em anexo);
- 3) Após confirmação de atendimento pela empresa prestadora, realizar a primeira visita de acompanhamento e enviar cópia da ficha de cadastro do paciente preenchida para o respectivo BOS/NRS;
- 4) Realizar mensalmente visita de acompanhamento domiciliar e enviar cópia do relatório de visita mensal para a BOS/ NRS;
- 5) Notificar qualquer alteração referente ao paciente (alta, óbito, mudança de endereço etc.) a BOS/NRS, DAE e Empresa Prestadora;
- 6) Garantir a continuidade do serviço de acompanhamento no município, ou seja, caso haja a saída do técnico responsável, identificar imediatamente outro para assumir o trabalho, através do repasse das rotinas, comunicando ao NRS e DIREG o nome do novo responsável.

Local _____,

Data ____/____/____

ANEXO III - FICHA DE CADASTRO DO PACIENTE

(A ser preenchida apenas na primeira visita ao paciente)

1- Identificação do Paciente

Nome: _____

Idade: _____

CPF: Doc. Identidade:

Órgão Exp.: UF:

Data de Nascimento: / / Sexo: Estado Civil:

Nº do Cartão do SUS: _____

Consulta médica por: () Convênio() Particular() SUS

Endereço (Rua, Nº, Bairro, Complementos):

CEP: _____ - Município: _____

Núcleo Regional de Saúde _____

Ponto de Referência: _____

Telefones para contato: ()

2 - Identificação do Responsável

Nome: _____

CPF: _____ Doc. Identidade: _____

Órgão Exp.: _____ UF: _____

Grau de Parentesco com o Paciente: _____ Telefone: () _____

3 - Renda Familiar: R\$

3.1 – Composição Familiar (os que residem com o paciente)

[illegible]

4 – Utilização do oxigênio (litros por minuto e horas por dia)

Quantidade prescrita pelo médico: _____l/min e _____h/dia

Vem utilizando conforme prescrição médica?

Consulta médica por: () Convênio() Particular() SUS

() Fumante Quanto tempo: _____

() Nunca fumou

- Se já fumou, por quanto tempo: _____

- Parou há quanto tempo: _____

Média de cigarros por dia: _____

Atividades profissionais exercidas (especificar): _____

Nome do médico que acompanha o tratamento: _____

Nº CRM: _____ Telefone: ____ - _____ e-mail: _____

Hospital/Clínica: _____ Município: _____

Data da última consulta de revisão: _____

5 - Condições da Residência do Paciente

Rede de água: () Pública () Poço () Outra Especificar: _____

Rede elétrica: () Sim () Não

6 – Observações: _____

Declaro a veracidade das informações prestadas acima.

Técnico responsável pelo cadastramento:

Nome legível _____

Local: _____ Data: ____/____/____

Local de trabalho: () SMS () NRS

Profissão/Função: _____

Assinatura e carimbo: _____

ANEXO IV - RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR MENSAL - Programa de Suporte Ventilatório e Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

SMS de _____

NÚCLEO _____ Município: _____

Data da Visita: _____

1 - Identificação do Paciente

Nome: _____

Endereço: _____

_____ Telefone de contato _____

2 - Utilização do Oxigênio (litros por minuto e horas por dia)

Quantidade prescrita pelo médico: _____ l/min e _____ h/dia

Vem utilizando conforme prescrição médica? _____

3 - Internações Hospitalares (período, motivo) _____

4 - Condições de Saúde do Paciente (evolução do tratamento): Obs.: Verificar a condição da pele, principalmente atrás das orelhas, onde há contato com o cateter.

5 – Grau de Dependência:

() **Independente nas AVDs - Atividades de Vida Diária** (alimentação, higiene pessoal, locomoção sem necessidade de auxílio)

() **Semi-Dependente nas AVDs** (realiza atividades de alimentação, higiene pessoal e locomoção com auxílio)

() **Dependentes nas AVDs** (necessita de um cuidador para alimentação, higiene pessoal, locomoção)

() **Restrito ao Leito** (realiza atividades de alimentação e higiene pessoal no leito, com auxílio do cuidador).

Medicação(ões) Usada(s) _____

6 - Condições da Residência (higiene)

() Ruim () Regular () Boa () Ótima

7 - Condições do Equipamento (higiene, cuidados de uso)

() Ruim () Regular () Boa () Ótima

8 - Frequência da Visita do Técnico da Empresa Fornecedora de Oxigênio

() Mensal () Superior a um mês

9 – Críticas, Elogios e Sugestões do Paciente

10 - Orientações Dadas ao Paciente: _____

11 - Observações Gerais: _____

Assinatura(s) com carimbo do(s) Técnico(s) que Realizou(aram) a Visita:

Nome _____ Função _____

Nome _____ Função _____

Assinatura do Paciente ou Cuidador _____

Local/Data: _____

ANEXO V - TERMO DE RESPONSABILIDADE DO USUÁRIO / RESPONSÁVEL OU CUIDADOR

Eu, _____, CPF _____

residente à _____

Bairro _____ Município _____

CEP _____

E meu cuidador / responsável Sr.(ª) _____

CPF _____

Responsabilizamo-nos por cumprir e fazer cumprir as orientações da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, referente ao uso do equipamento do Programa de Suporte Ventilatório/Oxigenoterapia _____ Domiciliar _____ Prolongada, _____, conforme as instruções abaixo:

(ESPECIFICAR EQUIPAMENTO)

1. COMPROMETER-SE A DEVOLVER OS EQUIPAMENTOS LOCADOS PELA SESAB EM CASO DE DESISTENCIA DE USO, MELHORA DA TERAPEUTICA INSTITUÍDA OU ÓBITO DO PACIENTE.
2. NÃO FUMAR;
3. MANTER A HIGIENE DA CASA E DOS EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS USADOS NA OXIGENOTERAPIA;
4. USAR O OXIGÊNIO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- 5.COMUNICAR À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E BOS/NRS QUALQUER INTERCORRÊNCIA COMO: ALTA, MUDANÇA DE CUIDADOR, ÓBITO ETC;
6. COMUNICAR MUDANÇA DE ENDEREÇO COM ANTECEDÊNCIA A SMS POIS A FONTE DE OXIGÊNIO (CONCENTRADOR OU CILINDRO) SOMENTE PODERÁ SER TRANSPORTADA PARA OUTRO DOMICÍLIO COM A AUTORIZAÇÃO DA SUREGS/DIREG VIA SMS/BOS/NRS E COM ACOMPANHAMENTO DA EMPRESA FORNECEDORA DE OXIGÊNIO;
7. COMUNICAR À EMPRESA FORNECEDORA DE OXIGÊNIO PROBLEMAS COM O EQUIPAMENTO DE OXIGENOTERAPIA;
8. SOLICITAR O ABASTECIMENTO DO CILINDRO DE RESERVA (BACK-UP) SEMPRE QUE NECESSÁRIO;
- 9.COMPARECER A TODAS AS CONSULTAS DE REVISÃO, INDICADAS PELO MÉDICO ASSISTENTE;
- 10.ENVIAR RELATÓRIO MÉDICO SEMESTRAL À SMS, CUJO TEOR DEVE CONSTAR A NECESSIDADE DE MAUTENÇÃO DO USO DO EQUIPAMENTO.

Local/Data: _____

Assinatura do paciente / usuário

Assinatura do responsável / Cuidador

6.0 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/equidade-principios-doutrinarios-do-sus/43942>; acesso em outubro/2016
- Zeferino, Maria Terezinha. Diretrizes para oxigenoterapia domiciliar. São Paulo: Segmento Farma Editores, 2004; disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/oxigenoterapia/Diretrizes.pdf>, acesso em janeiro/2017
- International Classification of Sleep Disorders; disponível em: <http://www.esst.org/adds/ICSD.pdf>, acesso em janeiro/2017
- <https://sbpt.org.br/c/consensos-e-diretrizes-da-sbpt/> acesso em janeiro 2017
- Classificação Internacional dos distúrbios do Sono TERCEIRA edição, American Academy of Sleep Medicine; Acesso em janeiro/2017
- The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events Versão 2.3; Acesso em janeiro/2017
- Diretrizes - REcomendações para o Diagnóstico e Tratamento da Apnéia Obstrutiva do Sono- Associação Brasileira do Sono; Acesso em janeiro/2017
- Obstructive Sleep Apnea Syndrome in the Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study, Sergio Tufik, Rogerio Santos-Silva, Jose Augusto Taddei, Lia Rita Azeredo Bittencourt, May 2010 Volume 11, Issue 5, Pages 441–446; Acesso em janeiro/2017
- Clinical INdications for Noninvasive Positive Pressure Ventilation... - A consensus Conference Report CHEST 1999; 116:521-534; Acesso em janeiro/2017
- Respiratory Care of the Patient with Duchenne Muscular Dystrophy. Am J Resp Crit Care Med 2004; vol 170 pp 456-465; Acesso em janeiro/2017
- Consenso Brasileiro de DPOC;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Institui o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Neuromusculares. Portaria nº 1370 de 3 de julho de 2008. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1370_03_07_2008.html>, acesso em maio/2017